SOIGNER la vie

RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
2012-2013

Centre de santé et de services sociaux
de Laval

sommaire

1 Message du président et de la directrice générale
10 Déclaration de fiabilité des données
10 Rapport de la direction sur les états financiers

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

11 En un clin d'œil
11 Quelques chiffres
12 Capital humain
13 Installations physiques
14 Structure organisationnelle
16 Services offerts
18 Portrait de la population lavalloise

RÉSULTATS 2012-2013

21 PLAN STRATÉGIQUE

22 Orientation 01 : optimiser
24 Orientation 02 : intégrer
25 Orientation 03 : moderniser
26 Orientation 04 : améliorer
27 Orientation 05 : mobiliser
28 Orientation 06 : exceller

AUTRES RÉSULTATS 2012-2013 RELATIFS À DES LOIS

30 Agrément
30 Application de la Loi sur le retour à l'équilibre budgétaire
30 Rapport d'évaluation de l'Institut canadien d'information sur la santé
31 Information et consultation de la population

BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION 2012-2013

32 Bilan de l'entente de gestion

GOUVERNANCE DU CSSS DE LAVAL

45 Gouvernance : conseils et comités
46 Conseil d'administration
47 Comités du conseil d'administration
Comité de vérification
Comité de gouvernance et d'éthique
Comité de développement des ressources humaines
Comité des usagers
Comité de révision des plaintes
Comité d'évaluation des mesures disciplinaires à l'égard des médecins, des dentistes et des pharmaciens
48 Conseils professionnels
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Conseil des infirmières et infirmiers
Conseil multidisciplinaire

GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES USAGERS

52 Comité de vigilance et de la qualité
Comité de gestion des risques
Traitement des recommandations du coroner
Gestion des plaintes et promotion des droits des usagers
Prévention et contrôle des infections
Mesures de contrôle
Pratique professionnelle

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

58 États et analyse

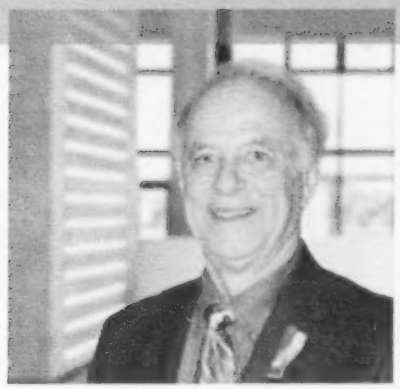
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

69 Code

L'ILLUSTRATION EN COUVERTURE FAIT RÉFÉRENCE À LA JOURNÉE DE L'ARBRE DU CSSS DE LAVAL, QUI EXISTE DEPUIS 5 ANS ET DONT L'ÉDITION DE SEPTEMBRE 2012 A ÉTÉ SOULIGNÉE PAR LA PLANTATION D'ARBRES À L'HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ ET AUX CENTRES D'HÉBERGEMENT IDOLA-SAINT-JEAN ET ROSE-DE-LIMA. L'ARBRE, PAR SON TRONC SOLIDE ET SON RÉSEAU DE BRANCHES, REPRÉSENTE LES 18 DIRECTIONS ET LEURS ÉQUIPES. IL RAPPELLE QU'IL N'Y A RIEN DE MIEUX QU'UN ENVIRONNEMENT SAIN COMME PRESCRIPTION POUR UNE BONNE SANTÉ !

POUR LES CENTAINES DE MILLIERS DE PERSONNES DONT NOUS PRENONS SOIN CHAQUE ANNÉE

IL EST ESSENTIEL QUE LE CSSS DE LAVAL SE DÉDIE SANS RELÂCHE À APPRENDRE, INNOVER ET EXCELLER POUR AMÉLIORER LA SANTÉ.



« NOUS AVONS POUR SOUCI CONSTANT D'OFFRIR DES SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ POUR MAINTENIR LA CONFIANCE PLACÉE EN NOUS. »

SÉRIE DE DÉFIS

L'année 2012-2013 s'est révélée riche en occasions de dépassement pour le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval. Le défi de tous les jours a consisté à maintenir l'équilibre budgétaire malgré les nombreuses contraintes attribuables au contexte financier de la province. Nous sommes fiers d'avoir obtenu notre statut d'établissement agréé par Agrément Canada, signe que nos efforts d'amélioration continue portent leurs fruits et se traduisent par de meilleurs services à nos usagers lavallois.

Comme la progression de notre CSSS repose sur sa capacité à innover, nous avons profité de l'année pour moderniser plusieurs de nos processus cliniques, services et façons de faire. Le dynamisme dont nous avons fait preuve devrait nous permettre de proposer des soins toujours mieux adaptés aux besoins des patients.

ÉQUIPE DE GOUVERNANCE EN CONSOLIDATION

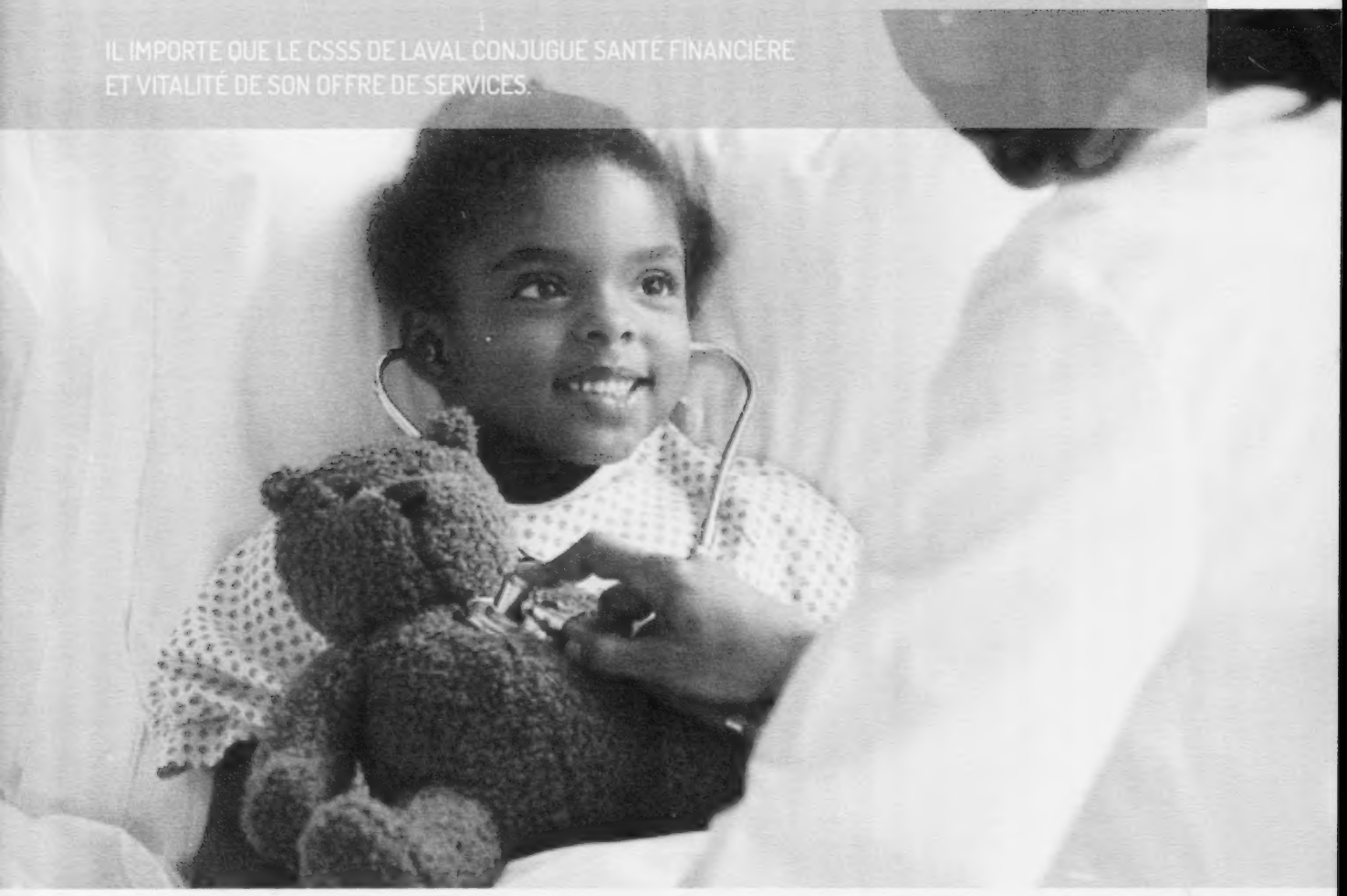
C'est en juin 2012 que le conseil d'administration a adopté le plan stratégique 2012-2015 du CSSS de Laval, à la suite d'un vaste mouvement de consultation. Six grandes orientations en ont été dégagées.

Ce plan stratégique s'est inscrit dans un changement de garde important dans la gouvernance du CSSS. Il a effectivement conduit la direction générale à revoir sa structure organisationnelle avec l'ensemble des parties prenantes internes de l'établissement.

Il était essentiel que les forces les plus vives soient réunies pour répondre aux multiples enjeux du CSSS, particulièrement résolu à optimiser, en 2012-2013, la performance des continuums de soins et de services, en plus de la cogestion médicale.

POUR TOUS LES USAGERS QUI DOIVENT SE FAIRE OPÉRER, SOIGNER ET TRAITER

IL IMPORTE QUE LE CSSS DE LAVAL CONJUGUE SANTÉ FINANCIÈRE ET VITALITÉ DE SON OFFRE DE SERVICES.



RASSURANT
ÉQUILIBRE FINANCIER

Le CSSS de Laval a terminé l'année financière 2012-2013 en équilibre, grâce à la contribution et à la collaboration soutenue de tous. Ce résultat est d'autant plus méritoire qu'il a été obtenu dans le contexte des obligations du projet de loi no 100, qui a engendré des contraintes budgétaires totalisant plus de 7 millions $ ces trois dernières années. Sans équivoque, c'est la mise en place de nombreuses mesures structurantes d'optimisation et de réorganisation du travail qui nous a été bénéfique dans notre démarche d'assainissement financier.

En cours d'année, nous avons également dû composer avec une diminution de 2,7 millions $ des revenus devant servir aux activités de chirurgie. Cela représente une réduction supplémentaire de 30 % qui, en fin de compte, n'a pas empêché le CSSS de maintenir l'accès à ces services aux usagers grâce à diverses actions menées à l'interne.

Pour poser des jalons solides en santé dans la région de Laval, notre CSSS a pu bénéficier en cours d'année de financement additionnel récurrent considérable pour plusieurs programmes. Nous avons ainsi été en mesure d'ajouter ou de développer de nouveaux services pour notre clientèle, comme en témoignent les investissements qui suivent :

ACCESSIBILITÉ
ACCRUE À LA CHIRURGIE

Notre motivation à accroître notre performance en chirurgie a eu une issue tout à fait positive. En juillet 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux a donné son aval aux travaux de réaménagement du bloc opératoire de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, injectant 4,6 millions $. Ce projet de réaménagement vise l'ajout de deux nouvelles salles d'opération aux neuf actuelles. Ces salles de pointe permettront la réalisation de près de 2 500 chirurgies additionnelles par année.

Nous ne saurions passer sous silence les excellents liens de partenariat noués avec le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. L'été dernier, ce CSSS nous a permis d'utiliser l'une de ses salles d'opération afin de préserver l'accès à la chirurgie pour la clientèle de Laval.

9 millions $

POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES D'ONCOLOGIE DU NOUVEAU CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DE LAVAL (CICL).

2,6 millions $

POUR SOUTENIR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE.

800 000 $

POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU PHYSIQUE OU BIEN UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT.

POUR LES PATIENTS QUI DOIVENT COMBATTRE UN CANCER OU RECEVOIR DES SOINS À DOMICILE

LE CSSS DE LAVAL SE DOIT D'ÊTRE INNOVANT, PRÉSENT ET CENTRÉ SUR LA PERSONNE.

CENTRE INTÉGRÉ DE **CANCÉROLOGIE**

Inauguré en février 2012, le nouveau Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL) nous a résolument donné les moyens de faire entrer notre région dans l'ère efficace de lutte au cancer. Ce Centre ultramoderne a été construit et équipé grâce à un investissement de 63,2 millions $, dont 59,9 millions $ versés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La Fondation Cité de la Santé et du CSSS de Laval a également contribué à ce projet prioritaire.

À nos yeux, le CICL est déjà une histoire de réussite. Durant l'année 2012-2013, le nombre de traitements oncologiques y a progressé de 12 % comparativement à l'année antérieure, tandis que le nombre de visites y a augmenté de près de 6,5 %. En radiothérapie, 792 patients ont pu bénéficier de leurs traitements au nouveau Centre, sans avoir à se déplacer vers un autre centre hospitalier.

Afin d'avoir une gestion optimale des demandes de traitements en radio-oncologie, un guichet régional d'accès unique a été instauré par le CSSS de Laval. Ce nouveau guichet permet de s'assurer que tous les patients reçoivent leurs traitements de radio-oncologie dans un délai maximal de quatre semaines suivant la date où ils sont médicalement prêts à les recevoir.

Bien évidemment, le CICL, qui est adjacent à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, est dynamisé par des acquisitions technologiques. On y trouve notamment quatre accélérateurs linéaires. Deux d'entre eux ont été mis en fonction en février 2012, et les deux derniers ont pris du service quelques mois plus tard. Un atout colossal pour le CSSS. Ces nouveaux appareils permettent au CSSS d'améliorer l'accès aux traitements en radio-oncologie de Laval et des environs.

SERVICES À DOMICILE **PLUS ACCESSIBLES**

En cours d'année, le CSSS de Laval a continué dans la voie de l'amélioration de ses services en soutien à l'autonomie des personnes âgées. C'était là une volonté claire. À force d'initiatives et d'efforts concertés, nous sommes parvenus à un résultat de fin d'année de 436 276 heures de services dispensés à domicile, ce qui dépasse notre engagement initial global de 419 119 heures. En comparaison, le CSSS de Laval avait offert en 2011-2012 un total de 388 606 heures de services pour soutenir la clientèle âgée à domicile.

LE CSSS DE LAVAL TRAVAILLE CHAQUE JOUR À FAIRE AVANCER LES SOINS DANS SON NOUVEAU CENTRE DE CANCÉROLOGIE ET À REMPORTER DES VICTOIRES SUR LA MALADIE.

POUR FAIRE UNE DIFFÉRENCE AU QUOTIDIEN ET OFFRIR LE MEILLEUR

LE CSSS DE LAVAL CONSIDÈRE LA QUALITÉ DES SOINS ET L'ENSEIGNEMENT COMME SA PRIORITÉ ABSOLUE.

MISSION D'ENSEIGNEMENT EN PLEINE EXPANSION

Le dernier exercice a été une année charnière pour l'enseignement au CSSS de Laval. Nous avons accueilli 155 résidents et étudiants en médecine ayant effectué près de 23 200 jours de stage. Par comparaison, nous avions reçu 90 étudiants l'année précédente pour un total de 21 500 jours de stage.

Le nombre d'étudiants en pharmacie au niveau de la maîtrise et du doctorat a fait un bond au cours des dernières années et se maintient maintenant à plus de 80 comparativement à 55 il y a cinq ans à peine. Cette même tendance est présente en ce qui concerne les étudiants en soins infirmiers, qui ont représenté une cohorte de 2 100 personnes au cours de l'année, contre 1 300 il y a cinq ans. C'est un progrès qui illustre le rôle grandissant que nous jouons dans la relève professionnelle.

Une bonne nouvelle ne venant jamais seule, plus de 110 étudiants ont été reçus en 2012-2013 dans le cadre de leur baccalauréat dans diverses disciplines, telles que la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychothérapie, la nutrition, le travail social, l'orthophonie et l'audiologie.

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

Parmi les événements positifs de l'année ressort la confirmation de l'agrément du CSSS de Laval par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément, en septembre 2012. Cette reconnaissance confirme la volonté du CSSS d'offrir des soins de santé sécuritaires et de grande qualité à sa clientèle.

Nous sommes d'autant plus satisfaits de cet agrément qu'il nous a fallu consentir tous les efforts pour l'obtenir. C'est qu'à l'automne 2011, nous avions reçu un agrément, mais avec condition. Les équipes de l'établissement ont donc rapidement mis en place les améliorations recommandées.

En cours d'année, deux autres ordres d'importance ont procédé à des inspections professionnelles dans notre organisation: l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). Des plans d'action internes sur le suivi des recommandations de ces ordres ont permis une amélioration des processus de soins et pharmaceutiques.

L'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a fait face à plusieurs éclosions inhabituelles de C. difficile, au printemps 2012. La Direction régionale de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval est donc venue soutenir l'établissement dans la revue de ses processus de prévention et de contrôle des infections.

Cette situation a eu un efficace effet de levier, puisqu'il a conduit l'établissement à mettre en place un plan d'action comprenant diverses mesures, dont l'adoption par le conseil d'administration d'un rigoureux programme de prévention et de contrôle des infections ainsi que d'un plan annuel. Dans cette même foulée, du nouveau matériel dédié a été acheté, et une campagne de lavage des mains a été organisée. Les taux d'infections sont vite revenus à la normale.

LA FORMATION DE LA RELÈVE À L'UMF

Pour faire fructifier les talents en médecine, l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a ouvert de nouveaux locaux spacieux et adaptés à l'Unité de médecine familiale (UMF), en juillet 2012. Ce projet s'est concrétisé grâce à un investissement de 4,8 millions $. C'est à l'UMF, affiliée à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, que se développe activement la recherche et que la relève en médecine et en sciences de la santé est formée. En 2012-2013, cette Unité a accueilli plus de 20 résidents externes et stagiaires, et a contribué à la formation d'infirmières praticiennes spécialisées et d'infirmières bachelières.

NOUVELLE POLITIQUE ALIMENTAIRE

Dans le cadre du mois sur la nutrition, en mars, le CSSS de Laval a implanté sa nouvelle politique alimentaire pour annoncer son virage santé. Cette politique vise à répondre aux orientations du Ministère et à offrir à tous une saine alimentation. Nous sommes satisfaits des répercussions de cette politique tant à l'Hôpital que dans les centres d'hébergement, qui servent plus de deux millions de repas chaque année.

L'ENSEIGNEMENT À L'UMF EST PROMETTEUR. EN JANVIER 2013, LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX A ACCORDÉ 1,9 MILLION $ POUR AGRANDIR ET RÉAMÉNAGER L'UMF AU CLSC DU MARIGOT. NOUS PRÉVOYONS Y AJOUTER DES LOCAUX RÉSERVÉS À L'ENSEIGNEMENT, BIEN SÛR, MAIS AUSSI AUX CONSULTATIONS MÉDICALES.

POUR CONTINUER D'ÊTRE LE LIEU OÙ LES GENS ONT LE RÉFLEXE D'ALLER POUR LEUR SANTÉ

NOUS DEVONS TRAVAILLER POUR QUE LE CSSS DE LAVAL AIT LES TALENTS ET ATOUTS POUR CONTINUER DE SE DÉMARQUER.

À L'AVANT-GARDE DES **TECHNOLOGIES** DIAGNOSTIQUES

Déterminé à assurer des progrès dans la continuité, notre CSSS a vu l'année 2012-2013 rythmée par de stimulantes nouveautés technologiques. Nous pouvons parler d'une année d'exception sur le plan des acquisitions.

Tout d'abord, le CSSS a eu la confirmation qu'il pourra procéder à l'achat d'un tomographe par émission de positrons (TEP scan) couplé à un tomodensitomètre, une technologie indispensable dans les centres d'oncologie offrant des services de radiothérapie. L'achat de l'appareil de pointe est rendu possible grâce à une contribution à venir de 3,2 millions $ du ministère de la Santé et des Services sociaux et de 2 millions $ de la Fondation Cité-de-la-santé.

Par ailleurs, le CSSS a utilisé 700 000 $ pour compléter le financement du mobilier et de l'équipement spécifique pour la cancérologie, et ce, pour un investissement total de 5,9 millions $ pour ce TEP scan. L'entrée en fonction du nouvel équipement est prévue pour la fin de 2014. D'ici là, ce type d'examen en médecine nucléaire est réalisé à Trois-Rivières, à la faveur d'un budget de fonctionnement supplémentaire de 350 000 $.

Enfin, il a été possible de procéder au remplacement de l'appareil de résonance magnétique. Cet appareil constitue un actif important qui nous permettra d'offrir aux usagers une nouvelle technologie plus performante.

UNE **ÉQUIPE ESSENTIELLE** À NOTRE RÉUSSITE

Il faut des stratégies bien ciblées et un grand désir d'amélioration pour réaliser ce que nous avons fait en 2012-2013. Mais il faut surtout une équipe solide et compétente dans laquelle tous les membres poussent dans la même direction.

Nous voulons remercier chaleureusement les gestionnaires, les médecins et les employés qui nous ont soutenus dans l'atteinte de nos objectifs et qui, malgré quelques soubresauts, nous ont aidés à traverser l'année avec confiance et sérénité. Nous pouvons croire en notre capacité à relever beaucoup d'autres défis.

Nos remerciements s'adressent aussi aux bénévoles pour leur dévouement auprès des usagers, à nos fondations pour leur appui indéfectible ainsi qu'aux organismes communautaires et établissements privés pour leur compréhension véritable du mot partenariat. Tous, à leur façon, ont contribué à l'amélioration des soins et au bien-être de notre clientèle, notre unique raison d'être.

Le président du conseil d'administration,

Gaston Joly

La directrice générale,

Caroline Barbir, M.Sc. Adm., A., CHE, ASC

1500

C'EST LE NOMBRE D'EXAMENS PAR ANNÉE QUE LE NOUVEAU TOMOGRAPHE PERMETTRA DE RÉALISER, AU BÉNÉFICE DES PATIENTS DU CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE DE LAVAL.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de direction générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents. Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 du Centre de santé et de services sociaux de Laval :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

La directrice générale,

Caroline Barbir, M.Sc. Adm. A., CHE, ASC

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS

Les états financiers du CSSS de Laval ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Laval reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La directrice générale,

Caroline Barbir
M.Sc. Adm. A., CHE, ASC

Le directeur des ressources financières,

Éric Champagne
CPA, CGA

CSSS DE LAVAL
EN UN CLIN D'ŒIL

LE CSSS DE LAVAL A ÉTÉ CRÉÉ LE 23 JUIN 2004 ET EST ISSU DE LA FUSION DE L'HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ, DE QUATRE CLSC ET DE CINQ CENTRES D'HÉBERGEMENT. IL EST LE PLUS GRAND AU QUÉBEC, DE PAR SA TAILLE, LA POPULATION À DESSERVIR ET LE NOMBRE D'EMPLOYÉS.

MISSION

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LAVAL EN ASSURANT L'ACCESSIBILITÉ, LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

Le CSSS de Laval accomplit sa mission en offrant une gamme complète de services adaptés aux besoins de l'ensemble de la population de Laval, selon les regroupements clientèles, et ce, dans ses différentes installations. Le CSSS travaille de concert avec les cliniques médicales, les pharmacies, les organismes communautaires de Laval ainsi qu'avec divers partenaires publics et privés de la région.

VALEURS

Le personnel du CSSS de Laval répond aux besoins de la population et de sa clientèle en s'appuyant sur sept valeurs qui représentent les idéaux ou les convictions guidant ses actions et comportements.

RESPECT
BIENVEILLANCE
COURAGE
RESPONSABILITÉ
INTÉGRITÉ
ÉQUITÉ
PRÉVOYANCE

QUELQUES CHIFFRES

SECTEUR HOSPITALIER

Lits d'hospitalisation : 530 (452 au permis et 78 dressés)
Visites à l'urgence : 78 800 par an – 215 par jour
Accouchements : 4 600 par an
Chirurgies : 15 600 par an

SECTEUR HÉBERGEMENT

Nombre de lits des centres d'hébergement au CSSS : 713

SECTEUR PREMIÈRE LIGNE

Interventions à domicile : 567 000 par an
Personnes desservies à domicile : 21 800 par an
Interventions psychosociales : 108 412 par an
Interventions médicales en CLSC : 53 800 par an
Appels à Info-Santé : 112 918 par an

CSSS DE LAVAL
CAPITAL HUMAIN

6 300
EMPLOYÉS

Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires : 2 083

Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers : 1 803

Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration : 922

Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux : 1 102

Pharmaciens : 52

Personnel d'encadrement : 197

582
MÉDECINS DANS L'ÉQUIPE MÉDICALE

304 omnipraticiens

278 spécialistes

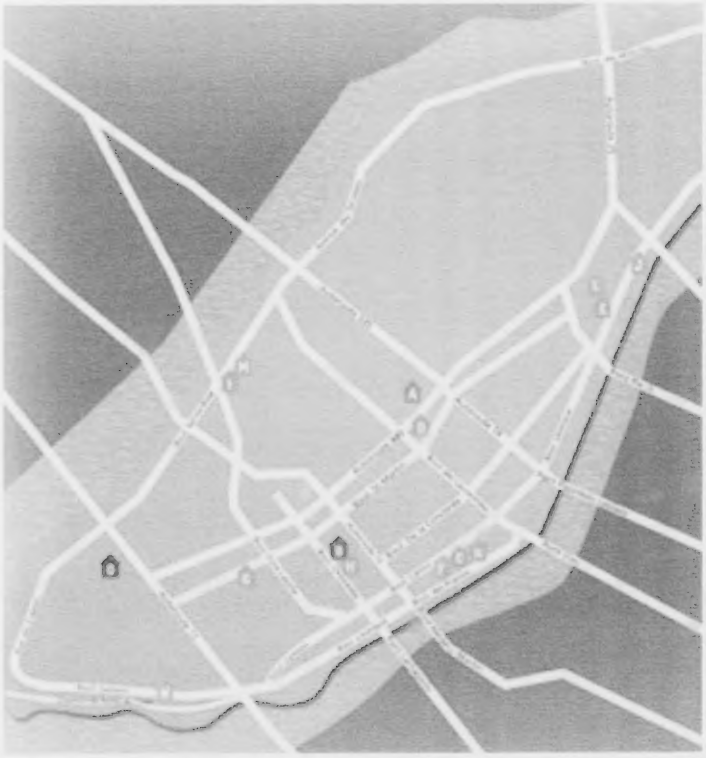
730
BÉNÉVOLES

105 434 heures consacrées surtout auprès des usagers hospitalisés et hébergés dans nos 5 centres.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2013

	Exercice en cours 2012-2013	Exercice précédent 2011-2012
Cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	167	182
Temps partiel Nombre de personnes: équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	8	8
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	2 894	2 838
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 040	1 268
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 392 765	1 410 642
Équivalents temps complet	762	772

CSSS DE LAVAL
INSTALLATIONS PHYSIQUES



- A Hôpital de la Cité-de-la-Santé / Centre intégré de cancérologie de Laval
- B Centre ambulatoire
- C CLSC des Mille-Îles (boul. Cartier)
- D CLSC du Marigot (boul. des Laurentides)
- E CLSC des Mille-Îles (boul. Lévesque)
- F Centre d'hébergement Idola-Saint-Jean
- G CLSC du Ruisseau-Papineau (du Couvent)
- H CLSC du Ruisseau-Papineau (boul. Chomedey)
- I CLSC de Sainte-Rose + clinique sans rendez-vous
- J Centre d'hébergement Fernand-Larocque
- K CLSC du Marigot (boul. Cartier)
- L Centre d'hébergement de La Pinière
- M Centre d'hébergement Rose-de-Lima
- N Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée
- O Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'île

1 HÔPITAL D'ENVERGURE

4 CLSC

1 CENTRE INTÉGRÉ DE CANCÉROLOGIE

5 CENTRES D'HÉBERGEMENT

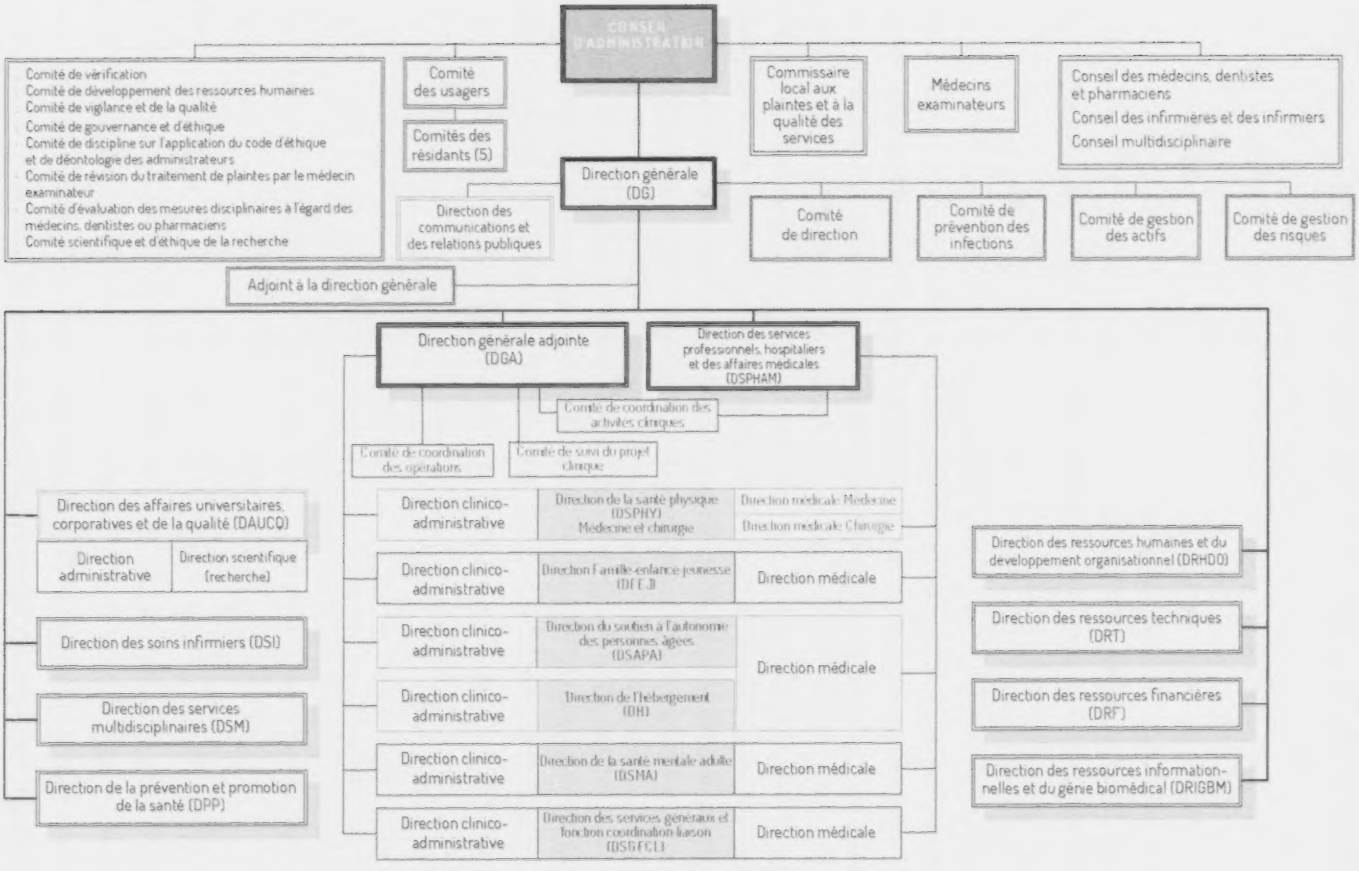
1 CENTRE INTÉGRÉ DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

CSSS DE LAVAL
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

18 DIRECTIONS POUR FAIRE FACE AUX ENJEUX D'AUJOURD'HUI

Dès son entrée en fonction en juin 2012, la nouvelle directrice générale du CSSS de Laval, Caroline Barbir, a entrepris une démarche de consultation auprès des principaux acteurs de l'établissement sur la vision de la structure organisationnelle optimale pour relever les défis des prochaines années. En novembre 2012, le conseil d'administration a adopté la structure organisationnelle révisée.

ORGANIGRAMME



NOMINATIONS ET CHANGEMENTS IMPORTANTS À LA DIRECTION

NOUVELLE DIRECTRICE GÉNÉRALE

En juin 2012, **Caroline Barbir** est entrée en fonction dans son poste de directrice générale. Elle a succédé à Luc Lepage, suite à son départ en janvier 2012. En juillet 2012, Sylvie Bourassa, directrice générale adjointe intérimaire depuis plusieurs mois, a été confirmée de façon permanente dans sa fonction.

NOUVEAUX DIRECTEURS

Philippe Benoit et **Louis Deschamps** se sont joints à l'organisation respectivement à titre de directeur des ressources humaines et du développement organisationnel et de directeur du regroupement-clientèle santé physique médecine et chirurgie.

DÉPARTS

JoAnn Veillette, directrice des ressources financières, a quitté le CSSS de Laval pour prendre sa retraite après plus de 30 ans de services remarquables. Elle a été remplacée par **Éric Champagne**.

Benoit Morin, directeur des affaires universitaires, corporatives et de la qualité pendant plus de quatre ans, a quitté le CSSS pour relever le défi de directeur général dans un autre établissement.

NOUVEAUX CHEFS DE DÉPARTEMENT

En cours d'année, le conseil d'administration a procédé à la nomination de quatre nouveaux chefs de département déterminés à accorder la priorité à la qualité des soins et des services.

Dre Claire Gamache, chef du département de la psychiatrie

Dr Jean-René Houle, chef du département de la chirurgie

Dr Jacques Morais, chef du département de médecine spécialisée

Dre Dominique Thériault, chef du département de gynécologie-obstétrique

NOUVEAUTÉS DANS LES DIRECTIONS

SAPA

Avec la nouvelle structure organisationnelle adoptée en novembre 2012, la Direction des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) a été divisée en deux directions, soit la Direction de l'hébergement des personnes âgées et la Direction PPALV. En février 2013, à la suite d'une directive du Ministère, la Direction PPALV a été modifiée pour devenir la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Elle concentrera désormais sa mission vers les services de première ligne et les soins gériatriques tant hospitaliers qu'ambulatoires.

COMMUNICATIONS

Le Service des communications, pour sa part, a été transformé en Direction des communications et des relations publiques afin de mieux positionner ses fonctions hautement stratégiques.

CSSS DE LAVAL
SERVICES OFFERTS

LE CSSS DE LAVAL ANTICIPE, ADAPTE ET AMÉLIORE CONTINUELLEMENT SA LARGE VARIÉTÉ DE SERVICES.

REGROUPEMENTS-CLIENTÈLE	SERVICES	
DIRECTION FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE (DFEJ)	• Activités de prévention-promotion en milieu scolaire • Déficience intellectuelle et TED • Déficience physique • Obstétrique • Pédiatrie • Périnatalité • Santé dentaire jeunesse • Santé mentale jeunesse	• Services en dépendances jeunesse • Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour clientèles en contexte de vulnérabilité (SIPPE) • Services psychosociaux / jeunes en difficulté • Services santé et psychosociaux en milieu scolaire • Soins intermédiaires - Pouponnière • Vaccination 0-17 ans
DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (DSAPA)	• Activités de prévention-promotion • Centres de jour • Consultation interdisciplinaire de gériatrie en milieu hospitalier • Ententes de service en centres d'hébergement privés autofinancés : hébergement de longue durée, hébergement temporaire et urgence sociale • Équipe d'interventions psychosociales en milieu hospitalier • Guichet d'accès – équipe d'évaluation	• Plan de contingence (infirmières du soutien à domicile (SAD) à l'urgence) • Programme de repérage des personnes ayant fait des chutes • Programme régional ambulatoire de gériatrie • Repérage dans les tours d'habitation et les résidences • Service d'intervention préventive • Soutien à domicile, incluant les ressources non institutionnelles et les chambres et pensions • Système régional d'admission • Unité de courte durée gériatrique et liaison gériatrique • Unité transitoire d'évaluation et d'orientation • Unité transitoire de récupération fonctionnelle
DIRECTION DE L'HÉBERGEMENT (DH)	• Approche optimale pour personnes ayant des déficits cognitifs • Programme d'hébergement temporaire de répit et d'urgence sociale	• Unité de santé mentale • Unités prothétiques et micromilieu • Unité spécifique pour clientèle de type 2 • Services d'hébergement de longue durée : alimentation, assistance, entretien et services de santé
DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE ADULTE (DSMA)	• Centre d'expertise et de coordination en prévention du suicide (mandat transversal) • Centre de jour et Hôpital de jour • Cliniques externes • Gérontopsychiatrie • Programme des soins partagés • Programmes spécialisés • Psychiatrie générale • Ressources intermédiaires- ressources de type familial • Santé mentale première ligne	• Ressources spécialisées • Services de consultation-liaison • Soins spécialisés de santé mentale à l'urgence • Soutien d'intensité variable (SIV) • Soutien en logement et à l'intégration sociale • Suivi intensif dans le milieu (SIM) • Unité d'hébergement spécifique en santé mentale • Unité de traitement transitoire mobile • Unités d'hospitalisation de courte durée

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS, HOSPITALIERS ET DES AFFAIRES MÉDICALES (DSPHAM)	• Accueil • Archives médicales • Biologie médicale • Brancarderie • Centrale de rendez-vous • Centre de prélèvements • Contrôle et prévention des infections • Curateur public	• Imagerie médicale • Laboratoire vasculaire • Médecine nucléaire • Pharmacie • Prélèvements à domicile • Radiologie • Radioprotection • Unité de débordement • Urgence
DIRECTION DES SERVICES GÉNÉRAUX ET FONCTION COORDINATION-LIAISON (DSGFCL)	• Accueil clinique • Accueil première ligne • Centre d'expertise et de coordination en prévention du suicide • Déficience intellectuelle et TED adulte • Déficience physique adulte • GMF, cliniques-réseaux, projets-réseaux, liens 1re ligne médicale • Info-Santé et Info-Social • Prévention-promotion : vaccination adulte, programme 0-5-30, services intégrés en dépistage et prévention (SIDEP), centre d'abandon du tabac	• Santé au travail • Services en dépendances pour les adultes • Services en planning, IVG, ITSS • Services en violence conjugale et agressions sexuelles • Services médicaux première ligne • Services psychosociaux généraux • Services de santé généraux (ambulatoires et à domicile) • Vaccination contre la grippe saisonnière • Guichet d'accès des clientèles orphelines (sans médecin de famille)
DIRECTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE MÉDECINE-CHIRURGIE (DSPHY)	• Allergologie • Anesthésie • Bloc opératoire et salle de réveil • Cancérologie • Cardiologie • Centre de référence pour investigation désigné (CRID) • Centre du diabète • Chirurgie bariatrique • Chirurgie d'un jour • Chirurgie générale • Chirurgie mineure • Chirurgie thoracique • Chirurgie vasculaire • Clinique de la douleur • Dermatologie • Électrophysiologie médicale • Endocrinologie • Endoscopie • Gastroentérologie • Gynécologie • Hématologie • Hémodialyse • Hémodynamie • Médecine d'un jour • Microbiologie	• Mini-chirurgie • Néphrologie • Neurologie • Ophtalmologie-orthoptique • ORL-audiologie • Orthopédie • Physiatrie • Plastie • Pneumologie • Préadmission • Radiothérapie • Réadaptation physique (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie) • Rhumatologie • Service des activités respiratoires ambulatoires et hospitalières • Soins intensifs • Soins palliatifs • Stérilisation • Stomothérapie • Unités d'hospitalisation en chirurgie • Unité d'hospitalisation en médecine • Urologie • Vaccination
DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE (DGA)	• Organisation communautaire	

DESSERTE EXTRARÉGIONALE Le CSSS de Laval étend sa responsabilité populationnelle au-delà du territoire pour lequel il est désigné pour les services en soins tertiaires de radiothérapie et d'hémodynamie.

CSSS DE LAVAL
PORTRAIT DE LA POPULATION

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

En 2013, Laval compte 412 200 personnes, dont 202 900 hommes (49 %) et 209 300 femmes (51 %). Si les hommes sont plus nombreux que les femmes chez les jeunes (0-17 ans), on dénombre davantage de femmes chez les Lavallois âgés de 65 ans et plus.

RÉPARTITION DE LA POPULATION LAVALLOISE SELON LE SEXE ET L'ÂGE, 2013

	Femmes	Hommes	Total
0-17 ans	41 300	43 200	84 500
18-44 ans	73 400	73 600	147 100
45-64 ans	57 800	57 200	115 000
65-74 ans	18 800	17 900	35 000
75 ans+	16 300	12 600	30 500
Total	**209 300**	**202 900**	**412 200**

Note : Le nombre total peut différer de la somme des données âge-sexe, puisque les nombres sont arrondis à la centaine.

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, janvier 2010, et Projections de la population de Laval, au 1er juillet, 2006 à 2031: Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques.

POPULATION PLUS JEUNE À LAVAL QU'AU QUÉBEC

À Laval, tout comme au Québec, l'âge médian augmente de manière significative d'année en année. Alors qu'il était similaire en 2001, l'âge médian lavallois est légèrement inférieur (40,5 ans) en 2011 que pour l'ensemble du Québec (41,4 ans).

Selon les données de projection, l'âge médian de ces deux populations devrait continuer à augmenter, mais de manière plus accentuée pour la population québécoise que pour la population lavalloise qui devrait atteindre, en 2031, un âge médian de 43,2 ans, alors qu'au Québec, l'âge médian pourrait s'élever à 45,2 ans.

CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ET VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Entre 2013 et 2031, la population lavalloise devrait connaître une croissance démographique de 16,1 %, alors qu'elle est estimée à 9,6 % au Québec. Malgré cette croissance démographique, Laval connaîtra aussi un vieillissement de sa population, mais dans une plus faible proportion que celle observée pour l'ensemble du Québec. D'ailleurs, les projections montrent une croissance beaucoup plus marquée chez les personnes âgées de 65 ans et plus. C'est ainsi qu'au cours de 2013 à 2031, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 15,1 % à 22,7 % à Laval, alors que cette proportion pourrait atteindre 26 % au Québec. Cette évolution démographique attendue de la population lavalloise pourrait influencer de manière importante la prestation des services de santé.

VARIATION DE LA PROJECTION DE LA POPULATION

	2013	2031	Laval	Québec
0-17 ans	84 500	96 000	13.6 %	5.2 %
18-44 ans	147 100	155 000	5.4 %	- 1.7 %
45-64 ans	115 000	119 000	3.5 %	- 7.5 %
65-74 ans	35 000	54 600	56.0 %	49.5 %
75 ans+	30 500	54 000	77.0 %	92.1 %
Total	**412 200**	**478 600**	**16,1 %**	**9,6 %**

Note : Le nombre total peut différer de la somme des données âge-sexe, puisque les nombres sont arrondis à la centaine.

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, janvier 2010, et Projections de la population de Laval, au 1er juillet, 2006 à 2031 : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques.

Selon le Recensement de 2006, le rapport de dépendance (nombre de personnes à charge pour 100 travailleurs) est plus élevé à Laval (63,9) qu'au Québec (60,6). Cela s'explique par la proportion importante de jeunes lavallois âgés de moins de 20 ans. De plus, la région se démarque par sa forte proportion d'immigrants (20,2 %), approximativement deux fois plus élevée que celle du Québec (11,5 %). En ce qui a trait à la langue la plus souvent utilisée à la maison, environ 74 % des Lavallois rapportent parler plus souvent le français (82,7 % pour le Québec) et 13,1 % l'anglais (10,2 % pour le Québec). La région présente une forte proportion de couples vivant avec des enfants (Laval : 30,5 % et Québec : 25,7 %). Parmi les familles avec enfants mineurs, 21,3 % sont monoparentales, comparativement à 23,7 % pour le Québec.

Alors que le revenu annuel individuel moyen (35 062 $) est légèrement plus élevé à Laval en 2011-2012, le taux d'assistance sociale est plus faible à Laval (4,6 %) qu'au Québec (7,0 %) chez les personnes âgées de 18 à 64 ans.

PORTRAIT GLOBAL DE LA SANTÉ PHYSIQUE DES LAVALLOIS : PLUTÔT POSITIF

83,5 ans

ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LAVAL (83,0 ANS AU QUÉBEC)

79,4 ans

ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LAVAL (78,1 ANS AU QUÉBEC)

ÉTAT **GLOBAL** DE SANTÉ

L'état de santé des Lavallois est comparable à celui de l'ensemble des Québécois avec toutefois quelques divergences, mais elles sont généralement non significatives.

SANTÉ **PHYSIQUE**

Les proportions de personnes souffrant d'incapacité, d'hypertension, de maladies cardiaques, d'arthrite et d'asthme sont plus faibles à Laval que dans l'ensemble du Québec. Il en est de même en ce qui concerne l'incidence du cancer du poumon, du cancer du sein et du cancer de la prostate (couvrant la période de 2005 à 2007). Toutefois, ces dernières différences ne sont pas statistiquement significatives. En 2008, la proportion de Lavallois ayant eu un diagnostic d'une infection transmissible sexuellement est significativement plus faible (6,5 %) que celle de l'ensemble des Québécois (8,2 %).

Les taux de mortalité liés aux maladies des appareils respiratoire et circulatoire sont significativement plus faibles à Laval que dans l'ensemble du Québec, alors que le taux de mortalité associé aux maladies du système nerveux est plus élevé chez les Lavallois (couvrant la période de 2007 et 2009).

SANTÉ **MENTALE**

Environ 20 % des Lavallois éprouvent une détresse psychologique élevée par rapport à 19,1 % pour l'ensemble des Québécois. La population lavalloise est proportionnellement plus nombreuse à rapporter avoir reçu un diagnostic de troubles anxieux (7,8 %) que la population québécoise (5,3 %).

Laval se classe parmi les régions québécoises ayant le plus faible taux de mortalité par suicide, soit 11 pour 100 000 personnes comparativement à 15,6 pour 100 000 personnes pour le Québec (couvrant la période entre 2005 et 2007).

HABITUDES DE VIE

Arrêter de fumer, être actif physiquement, bien s'alimenter sont autant de façons de prévenir les maladies chroniques. À ce chapitre, des gains sont encore possibles et nécessaires.

Le tabagisme, principale cause de décès évitables dans le monde, connaît un recul depuis le milieu des années 1980. Malgré tout, à Laval, près d'une personne sur cinq âgée de 12 ans et plus fume (22,2 % à Laval et 22,9 % pour l'ensemble du Québec).

Des différences plus importantes entre Laval et Québec sont observées en ce qui concerne l'abus d'alcool. La consommation excessive d'alcool est plus faible à Laval (14,9 %) que dans l'ensemble du Québec (18,2 %). Par ailleurs, les Lavallois semblent plus sédentaires (27,4 % contre 24,3 %) et plus nombreux à faire de l'embonpoint (36,6 % contre 33,3 %) que l'ensemble des Québécois. Par contre, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

SERVICES MÉDICAUX ET PRÉVENTIFS

Les Lavallois utilisent les services médicaux dans des proportions semblables à celles de l'ensemble des Québécois. Néanmoins, on constate que le taux d'hospitalisation est globalement plus faible à Laval.

Les Lavallois participent aux services dentaires gratuits dans des proportions semblables à celle de l'ensemble des Québécois, soit près de 48 % pour les 0-9 ans. La proportion de Lavallois qui se font vacciner contre l'influenza est moins élevée que celle des Québécois. Près de 29 % des Lavallois âgés de 60 ans et plus se font vacciner, comparativement à 35,5 % des Québécois. Par contre, l'écart est particulièrement important et positif chez les Lavallois âgés de 65 ans et plus (écart de 13 points de pourcentage) en ce qui a trait à la vaccination contre le pneumocoque.

La proportion de Lavalloises qui affirment avoir passé le test de PAP est similaire à celle des Québécoises (environ 88 %), mais les Lavalloises ont un taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS, 2008) moindre que celui des Québécoises (52,3 % comparativement à 53,9 %).

772,1

HOSPITALISATIONS À LAVAL POUR 10 000 PERSONNES

815,6

HOSPITALISATIONS AU QUÉBEC POUR 10 000 PERSONNES

RÉSULTATS 2012-2013 DANS TOUTES LEURS DIMENSIONS

Des actions bien orientées vers le plan stratégique 2012-2015

DÉFINIES ET ADOPTÉES EN JUIN 2012

6 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Dans le cadre de cette consultation, les divers acteurs de l'organisation ont été rencontrés, soit le conseil d'administration, le comité de direction, les gestionnaires, la table médicale, les personnes-conseils professionnelles et les syndicats.

AU PROGRAMME DES RENCONTRES

- Portrait sociodémographique de la population présenté
- Analyse de données statistiques exposée
- Environnements externe et interne précisés
- Grands défis du réseau identifiés
- Échanges enrichissants sur la vision et la planification de l'avenir du CSSS

UNE DÉMARCHE DE CONSULTATION A ÉTÉ ENTREPRISE PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE EN 2012 ET A PORTÉ SUR LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE DES TROIS PROCHAINES ANNÉES.

RÉSULTATS

- Le plan triennal a été proposé. Il est le fruit d'un consensus de tous les acteurs et se veut réaliste pour relever les défis qui se profilent.
- Toutes les directions du CSSS ont amorcé des plans d'action adaptés à leur mission pour s'acquitter des engagements auprès des usagers et faire avancer graduellement la finalité des orientations stratégiques prévues sur l'horizon 2012-2015.

OPTIMISER

ORIENTATION 01

Priorité à la transformation, au déploiement et au développement des services de 1re ligne intégrés intra et extra CSSS de Laval

ACCESSIBILITÉ

FORTE BAISSE DES DÉLAIS D'ATTENTE EN SANTÉ MENTALE

Au cours de l'année 2012-2013, le délai d'attente aux services de 1re ligne pour la clientèle en santé mentale a diminué de 50 % grâce à un travail de collaboration entre les équipes, une meilleure gestion de la liste d'attente et une décentralisation de la prise en charge des demandes. Ainsi, 131 clients ont été en attente de service pour une période d'attente moyenne de 32 jours, comparativement à 265 clients en 2011-2012 qui ont eu une période d'attente de 62 jours.

PLUS D'HEURES, PLUS D'EXAMENS DE TOMODENSITOMÉTRIE-ÉCHOGRAPHIE

En 2012-2013, les plages horaires des examens de tomodensitométrie et d'échographie ont été prolongées en soirée en vue d'améliorer l'accès à la clientèle de 1re ligne. Ce prolongement des heures de travail s'est traduit par la réalisation de 1 393 examens de tomodensitométrie et de 1 578 examens d'échographie.

47 560

C'est le nombre d'heures passées auprès de la clientèle âgée et en perte d'autonomie en 2012-2013, soit une augmentation de 12 % par rapport à l'année précédente. Le temps direct des services de soutien à domicile a été augmenté de deux façons : le nombre de professionnels a été haussé et la pratique des intervenants a fait l'objet d'une révision.

SERVICES À LA POPULATION

GROSSESSES À RISQUE MIEUX SUIVIES

Une clinique de grossesses à risque élevé (GARE) a été mise en place pour favoriser une meilleure prise en charge et un suivi plus sécuritaire des femmes enceintes de plus de 14 semaines de gestation qui vivent une grossesse à risque. Plus de 730 femmes ont été suivies.

COURS PRÉNATAUX TOUT NOUVEAUX

Une offre de cours prénataux pour les futurs parents d'un premier enfant a été développée afin de compléter l'offre de services existante en enseignement prénatal. Cette clinique a débuté en mars 2013.

BON DÉMARRAGE DU PROGRAMME PIILE

Le Programme d'intervention intégrée lavallois pour les enfants (PIILE) a été créé à l'intention des familles et des enfants vivant dans un contexte de négligence. Les services de ce Programme se donnent conjointement avec le Centre jeunesse Laval ainsi qu'avec les partenaires du réseau local de services. Neuf familles ont pu en bénéficier depuis l'automne 2012.

INTERVENTIONS POUR LES JEUNES AVEC TROUBLES ANXIEUX

Un programme d'intervention de groupe a été implanté pour aider les enfants de 6 à 17 ans vivant des troubles anxieux ainsi que pour accompagner leurs parents dans cette réalité.

PERSONNES IMMIGRÉES

Une clinique de réfugiés a été mise en place avec l'objectif d'offrir un bilan de santé physique et psychologique aux nouveaux arrivants de même qu'aux réfugiés parrainés.

PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ

PAL SUR LA BONNE ROUTE

Le CSSS de Laval a poursuivi les travaux de coordination du Plan d'action local (PAL) de santé publique en vue de l'atteinte de ses objectifs d'ici 2015.

PRÉVENTION DES ITSS

Le CSSS a contribué à l'élaboration du plan d'action régional (PAR) de promotion d'une sexualité saine et responsable ainsi que de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

PRÉVENTION AU BÉNÉFICE DES PERSONNES AGÉES

Les services offerts en prévention depuis une dizaine d'années aux clientèles âgées ont été révisés pour être adaptés aux caractéristiques de la population actuelle et pour favoriser le développement de programmes liés à l'alimentation et à l'exercice physique.

AU CŒUR DE LA COLLECTIVITÉ

L'implication active du CSSS de Laval s'est poursuivie dans le comité de gestion de l'Entente de partenariat sur les saines habitudes de vie à Laval et dans le comité des partenaires de l'Alliance pour la solidarité et le déploiement des approches de revitalisation urbaine intégrée. Par cet engagement, le CSSS a cherché à promouvoir de saines habitudes de vie, à lutter contre l'exclusion sociale et à aplanir les inégalités ainsi que la pauvreté. C'est grâce au soutien de l'équipe de l'organisation communautaire que le CSSS a pu aussi bien s'impliquer dans des initiatives de projets ancrés dans la communauté.

INTÉGRER

ORIENTATION 02

Utilisation optimale et pertinente des ressources hospitalières dans un souci de hiérarchisation des services

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN HOSPITALISATION

SÉJOURS MOINS LONGS DES AÎNÉS À L'URGENCE

Le CSSS a tenu un atelier de révision des processus de gestion des durées de séjour à l'urgence afin de réduire le temps de présence en observation des personnes âgées de 75 ans et plus présentant des problèmes de pneumologie et de cardiologie. Cette révision a permis une réduction moyenne de trois heures de durée de séjour et une accélération du mouvement des clientèles entre les services ou pour un départ.

SÉJOURS MOINS LONGS EN PSYCHIATRIE

La durée moyenne de séjour des patients hospitalisés à l'unité de psychiatrie a diminué grâce à l'embauche de nouveaux membres dans l'équipe, à l'ouverture d'une ressource d'hébergement temporaire (L'Étape 0-60 jours) et au déploiement d'un plan de cheminement clinique pour les clients hospitalisés. La durée moyenne de séjour en 2012-2013 a été de 26 jours plutôt que 28 pour l'année précédente.

AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

APPROCHE CIBLANT LES PERSONNES ÂGÉES

La deuxième phase de l'Approche adaptée à la personne âgée visant à éviter le déclin fonctionnel des patients âgés lors de l'hospitalisation a été déployée. La mise en place des composantes de l'Approche est passée de 14 % à 23 %.

MOINS D'ATTENTE EN CARDIOLOGIE

Une infirmière praticienne spécialisée en cardiologie a été introduite dans l'équipe de prévention secondaire en cardiologie afin de rehausser l'offre de services et de réduire les délais d'attente en cardiologie.

SAVOIR DÉCODER L'ÉTAT PHYSIQUE DES AÎNÉS

Une formation sur l'examen physique de la personne âgée a été donnée aux infirmières qui travaillent dans les centres d'hébergement. Cette formation leur permet d'obtenir une évaluation plus exhaustive de l'état physique des résidants et de diminuer les transferts à l'urgence.

DU NOUVEAU EN RADIO-ONCOLOGIE

Un guichet régional unique d'accès en radio-oncologie a été créé pour obtenir une gestion optimale des demandes de traitements en radio-oncologie. Ce nouveau guichet permet de s'assurer que tous les patients reçoivent leurs traitements de radio-oncologie dans un délai maximal de quatre semaines suivant la date où ils sont médicalement prêts à les recevoir.

MODERNISER

ORIENTATION 03

Infrastructures immobilières et ressources technologiques qui répondent aux normes et permettent d'évoluer aux rythmes des besoins

TECHNOLOGIES

INFORMATIQUE, RÉSONANCE MAGNÉTIQUE ET DISTRIBUTEURS PRATIQUES

Plusieurs bons coups ont marqué l'année 2012-2013 sur le plan technologique. Le CSSS a déployé des applications informatiques RSIPA (Réseau de services intégrés pour les personnes âgées) et REPERE dans le contexte du réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Il a également remplacé l'appareil de résonance magnétique en imagerie médicale et mis en place les dossiers patients électroniques (DPE) à l'UMF-GMF (Unité de médecine familiale et Groupe de médecine de famille) de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Par ailleurs, dans le cadre du projet des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM), des cabinets distributeurs de médicaments ont été implantés à l'urgence, aux soins intensifs et au Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée. Des chariots à médicaments ont aussi été ajoutés dans ce même centre d'hébergement.

VOLUME DE TRAITEMENTS EN RADIOTHÉRAPIE

Deux accélérateurs linéaires pour les traitements de radiothérapie ont été ajoutés au Centre intégré de cancérologie de Laval, ce qui permettra de traiter près de 400 patients de plus par année.

SALLE INTÉGRÉE AU BLOC OPÉRATOIRE

D'importantes améliorations ont été apportées au parc immobilier du CSSS de Laval pendant l'exercice financier 2012-2013. D'abord, la première salle intégrée au bloc opératoire a été inaugurée à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. La particularité de cette salle est qu'elle permet d'intégrer différents types d'équipements, dont du matériel multimédia et un système informatique. Au terme des travaux en 2013-2014, l'Hôpital sera doté de deux nouvelles salles.

IMMOBILISATIONS

ÉDIFICE NEUF POUR L'UMF-GMF

L'Hôpital a officiellement ouvert avec fierté, en juin 2012, le nouvel édifice abritant l'UMF-GMF (Unité de médecine familiale et le Groupe de médecine de famille).

SAINTE-DOROTHÉE

Le centre d'hébergement de Sainte-Dorothée a fait l'objet d'une actualisation avec le réaménagement de cinq étages, ce qui a contribué à améliorer les conditions de vie des résidants de l'établissement.

AGRANDISSEMENT DE LA CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE

La clinique d'ophtalmologie a bénéficié d'un agrandissement et d'un réaménagement afin de mieux répondre aux besoins grandissants des personnes ayant besoin de traitements pour la dégénérescence maculaire.

RÉAMÉNAGEMENT DE LA CLINIQUE D'UROLOGIE

Les espaces de la clinique d'urologie ont été améliorés et du personnel y a été ajouté pour permettre une meilleure adaptation aux besoins de la clientèle et faire face à une augmentation de 25 % des traitements de cancer.

STÉRILISATION

Le CSSS a procédé à une mise aux normes des aménagements et des processus de l'unité de stérilisation dans le but de répondre aux conditions requises pour accueillir les deux nouvelles salles d'opération.

AMÉLIORER

ORIENTATION 04

Poursuite du projet de transformation organisationnelle Destination 2015 visant l'implantation d'une culture d'amélioration continue de la performance, de la qualité, des risques et de la sécurité des usagers

OPTIMISATION DE L'**ORGANISATION** DU TRAVAIL ET DE LA **PERFORMANCE**

PROCESSUS FINANCIERS AMÉLIORÉS

La Direction des ressources financières a révisé et optimisé plusieurs de ses processus en vue d'améliorer son offre de services et d'assurer une utilisation judicieuse des ressources disponibles.

PROCESSUS DE PERFORMANCE OPTIMISÉS

Dans le cadre du microprogramme sur la gestion de la performance appliquée au système de santé, 15 projets d'optimisation des processus ont été implantés par les gestionnaires inscrits au programme, et ce, dans le but d'améliorer la performance des services.

ACTIFS INFORMATIONNELS SÉCURISÉS

La politique de sécurité des actifs informationnels a été actualisée afin de clarifier les rôles et responsabilités des intervenants concernés dans la mise en place du Cadre global de gestion des actifs informationnels (CGGAI) appartenant aux organismes de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, le CSSS a évalué l'état d'avancement de 63 mesures et directives de sécurité ainsi que les standards du CGGAI, en plus d'avoir dégagé clairement des règles à suivre et des normes se conformant à la politique de sécurité.

AMÉLIORATION DE LA **QUALITÉ DES SOINS** ET DES SERVICES

PLAIES DE PRESSION DIMINUÉES

Les pratiques organisationnelles requises concernant les plaies de pression dans les centres d'hébergement ont été révisées.

SOINS MIEUX ENCADRÉS

Une règle de soins a été définie pour les non-professionnels dans les résidences privées, les ressources intermédiaires ainsi que les ressources non institutionnelles qui offrent des soins aux clientèles des secteurs Santé mentale adulte, Famille-enfance-jeunesse et Personnes âgées et en perte d'autonomie liée au vieillissement.

BUREAU DE GESTION DE PROJETS

Le CSSS a créé un bureau de gestion de projets organisationnels en 2012-2013 afin de soutenir les directions dans la coordination de leurs projets internes. Trois projets d'optimisation des processus et plus de dix projets organisationnels ont été soutenus par la nouvelle équipe.

MOBILISER

ORIENTATION 05

Milieu de travail mobilisant qui favorise l'épanouissement du personnel, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles

POINT DE MIRE SUR LE **PERSONNEL**

LA GESTION DE L'INVALIDITÉ

Une démarche de prévention des invalidités a été entreprise et a permis d'accompagner les gestionnaires du CSSS dans l'identification des principales causes d'absentéisme et des actions à mettre en place afin d'assurer un milieu de travail de qualité et une présence accrue du personnel.

MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

Les heures de la main-d'œuvre indépendante ont été réduites de 25 % grâce à des initiatives de planification structurée des besoins en main-d'œuvre, des mesures de soutien aux équipes pour la rétention du personnel ainsi que des moyens pour favoriser une meilleure présence au travail.

RECRUTEMENT DU PERSONNEL

Les processus liés aux services de la dotation ont fait l'objet d'une optimisation. Cette révision a visé l'amélioration de l'efficacité du recrutement et de la mobilité du personnel à l'interne.

ÉVÉNEMENTS DE RECONNAISSANCE

Une soirée de reconnaissance a été tenue afin de reconnaître l'engagement, la contribution et la fidélité de quelque 60 employés ayant cumulé 25 ans de services. Par ailleurs, une soirée a été organisée pour rendre hommage à 101 personnes retraitées en 2011 et leur adresser de chaleureux remerciements.

COMITÉ DE PRÉVOYANCE

Un comité paritaire, appelé le Comité de prévoyance, a été créé afin de mieux informer les employés et de contribuer aux transformations de l'organisation. Ce comité est coordonné par la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel, en partenariat avec les syndicats et l'Association des gestionnaires du CSSS de Laval.

EXCELLER

ORIENTATION 06

Consolidation et valorisation de la mission universitaire et de la culture d'enseignement et de recherche dans l'ensemble du CSSS et positionnement du CSSS de Laval comme établissement clé du réseau d'établissements d'enseignement et de recherche pour la Rive-Nord en vue de préparer l'établissement à obtenir la désignation de centre hospitalier affilié (CHAU)

FORMATION UNIVERSITAIRE

STIMULATION DE LA RELÈVE

L'enseignement médical s'est vu soutenu et développé grâce à la consolidation des activités d'initiation à la médecine clinique et à la démarche clinique pour les étudiants en médecine de 1re et 2e année.

ARRIVÉE DE LA TÉLÉSANTÉ

Le CSSS a procédé à l'installation de trois stations fixes et de deux stations mobiles de télésanté, en collaboration avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal. Il pourra ainsi mieux répondre à des besoins grandissants de téléformation, de téléconférence et, éventuellement, de téléconsultation.

FORMATION EN MÉDECINE FAMILIALE

Les deux unités de médecine familiale (UMF) du CSSS, soit l'UMF de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et l'UMF du CLSC du Marigot, ont contribué en 2012-2013 à la formation de 40 résidents en médecine familiale. Elles ont également fourni un apport considérable pour la formation d'infirmières praticiennes spécialisées et d'infirmières bachelières. En cours d'année, les deux UMF ont été visitées par l'Université de Montréal pour une visite de préagrément. Elles ont reçu des rapports favorables, ce qui est une bonne nouvelle en vue de leur agrément prochain.

RECHERCHE

ACTIVITÉS STRUCTURÉES

Sept modes opératoires normalisés ont été adoptés et six présentations de ces pratiques ont été réalisées dans le cadre de la structuration des activités de recherche.

15 % PLUS DE STAGIAIRES

Le CSSS a accueilli 2 279 stagiaires (1er et 2e cycles universitaires, collégial, formation professionnelle, étudiants préposés aux bénéficiaires, auxiliaires aux services de santé et sociaux), ce qui représente une augmentation de 15 % comparativement à 2011-2012. De plus, 71 étudiantes en soins infirmiers ont été recrutées à titre d'externes revenant ensuite à titre de CEPI (candidates à l'exercice de la profession infirmière). Le taux de rétention de ces candidates CEPI à titre d'infirmières est de 95 %.

AFFILIATION UNIVERSITAIRE

AFFILIATION AVEC L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Des travaux visant le renouvellement du contrat d'affiliation du CSSS de Laval avec l'Université de Montréal ont été amorcés. Le CSSS reconnaît l'immense valeur de cette affiliation qui se caractérise par de l'enseignement multidisciplinaire, de la recherche de pointe, le partage du savoir et la formation d'une relève compétente.

TITRES POUR LES MÉDECINS ENSEIGNANTS

Un processus a été développé pour permettre aux médecins d'obtenir des titres universitaires ou facultaires lorsqu'ils font de la supervision ou de l'enseignement auprès d'étudiants en médecine ou de résidents.

EXTERNAT EXIGÉ

Une démarche a été planifiée avec les représentants de l'Université de Montréal et les chefs de département du CSSS afin de rendre obligatoire l'externat pour trois spécialités médicales : la chirurgie, la psychiatrie et la pédiatrie.

ÉTHIQUE CLINIQUE

L'ÉTHIQUE CLINIQUE EN CAPSULES

Neuf capsules de formation de base en éthique clinique, sous la forme de visioconférences, ont été réalisées pour le personnel du CSSS sur des sujets aussi variés que les grilles d'analyse de cas, la déontologie et les questions interculturelles. Le projet a été mené en partenariat avec le CHUM.

CAFÉ ÉTHIQUE

Le CSSS a organisé 27 rencontres de type « café éthique » sur divers thèmes dans ses différentes installations. Ces rencontres ont attiré plus de 400 membres du personnel.

185

C'est le nombre de projets de recherche en cours, impliquant 580 sujets de recherche, qui ont été évalués et suivis par le comité scientifique et d'éthique à la recherche.

AUTRES RÉSULTATS 2012-2013 RELATIFS À DES LOIS

AGRÉMENT – EN SEPTEMBRE 2012, LE CSSS A REÇU LA CONFIRMATION D'AGRÉMENT CANADA ET DU CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT QUE SON STATUT D'ÉTABLISSEMENT AGRÉÉ ÉTAIT PROLONGÉ D'UNE ANNÉE

En octobre 2011, l'établissement avait obtenu l'agrément avec conditions et avait aussitôt mobilisé l'équipe de la Direction des affaires universitaires, corporatives et de la qualité, de même que les autres directions, pour mettre en place avec succès les correctifs nécessaires.

100 % POUR LES CRITÈRES À PRIORITÉ ÉLEVÉE

Dans son rapport final, Agrément Canada a souligné le taux de conformité exceptionnel de 100 % du CSSS de Laval aux critères à priorité élevée des normes suivantes :

- gouvernance durable
- populations vivant avec une maladie chronique
- populations d'enfants et de jeunes
- populations vivant avec le cancer
- populations vivant avec une maladie mentale
- populations mère-enfant
- prévention des infections
- normes relatives aux salles d'opération

Le rapport de visite a également mis en valeur plusieurs forces du CSSS, dont la clinique de préadmission du bloc opératoire organisée de façon remarquable, le développement digne de mention du Centre intégré de cancérologie et le bon ancrage de l'établissement dans sa communauté.

Ces excellents résultats démontrent à quel point le CSSS a su intégrer avec leadership la qualité dans son programme d'amélioration continue, malgré des exigences de plus en plus strictes. La distinction d'Agrément Canada illustre surtout le dynamisme et la détermination des employés, des médecins et des bénévoles à faire de la qualité et de la sécurité une préoccupation quotidienne. La prochaine visite d'agrément aura lieu à l'automne 2015.

DES MESURES POUR RÉDUIRE LES DÉPENSES

APPLICATION DE LA LOI SUR LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Relativement à l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, le CSSS s'est vu confirmer en 2012-2013 une cible supplémentaire de réduction de ses dépenses d'un montant total de 4 023 373 $, cible qui s'ajoute à la cible de 3 109 829 $ qui nous avait été confirmée en 2010-2011 et en 2011-2012 et qui avait été respectée.

Diverses mesures ont été mises en place par l'établissement afin de se conformer à cette cible fixée en 2012-2013. Voici les principales :

- différents projets d'optimisation et d'amélioration de la performance ;
- réduction du temps travaillé de la main-d'œuvre indépendante (± 25 %) (économies générées par les taux horaires) ;
- approvisionnements – gains financiers générés par des appels d'offres sur achats de services ou de fournitures ;
- optimisation des revenus de certains secteurs ;
- réduction dans les secteurs administratifs des effectifs découlant du non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite, du non-remplacement des ressources lors de départs volontaires ou autres absences ;
- réduction des frais de déplacement et autres frais de formation.

COMPARAISON PLUS QUE FAVORABLE

RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ

En cours d'année, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié deux éditions de son Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens destiné à diffuser des indicateurs normalisés permettant de comparer entre eux les établissements de soins de courte durée au Canada.

1er RANG

Les résultats de la 2e édition ont placé le CSSS au premier rang des hôpitaux de sa catégorie (communautaire-grand), en raison de son faible ratio de dépenses administratives en pourcentage des dépenses totales. Globalement, neuf indicateurs sur 15 ont situé favorablement notre CSSS dans le premier cinquième des établissements canadiens de sa catégorie. En revanche, certains indicateurs nous ont révélé des secteurs où nous devons travailler davantage.

SE FAIRE BIEN VOIR ET ENTENDRE

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

— AFIN D'INFORMER LA POPULATION SUR SON OFFRE DE SES SERVICES, LE CSSS DE LAVAL A TENU PLUSIEURS ACTIVITÉS ET DIFFUSÉ PLUSIEURS OUTILS DE COMMUNICATION, SOIT DIRECTEMENT DANS SES INSTALLATIONS, SOIT PAR LE BIAIS DE SON SITE WEB ET DES MÉDIAS SOCIAUX OU DES HEBDOMADAIRES LOCAUX.

- Tenue d'une assemblée d'information et de consultation de la population par le conseil d'administration, le 15 novembre 2012, comme prévu par l'article 99.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Campagne d'information pour l'implantation de la nouvelle politique alimentaire à l'Hôpital et dans les centres d'hébergement.
- Campagne d'information pour l'implantation de la tarification du stationnement dans les installations ciblées, tant pour les employés que pour la clientèle.
- Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière pour les employés et la population.
- Deux activités Portes ouvertes de campagne de recrutement ayant permis d'accueillir près de 1 000 personnes et de recueillir plusieurs centaines de CV pour toutes les appellations d'emploi.
- Campagne d'information pour la clientèle sourde gestuelle ayant maintenant accès à des services psychosociaux.
- Plan de communication pour l'obtention du statut « Agréé » : remise des certificats par établissement lors de la tournée de la directrice générale, activité reconnaissance auprès des principaux acteurs impliqués, présentation auprès de différentes instances ainsi qu'installation des bannières.

APERÇU DE LA DIFFUSION DES INFORMATIONS DANS LES DIVERS MÉDIAS

REVUE DE PRESSE	2012-2013	2011-2012	VARIATION
Nombre de coupures de presse	205	227	- 10 %
SITE WEB (cssslaval.qc.ca)	**2012-2013**	**2011-2012**	**VARIATION**
Nombre de visites	446 436	361 253	+ 24 %
Les pages les plus fréquentées sont : Accueil – Carrières/ Emplois disponibles – Carrières/ Œuvrer au CSSS de Laval – Nous joindre – Cliniques médicales sans rendez-vous			
PAGE FACEBOOK (facebook.com/cssslaval)	**2012-2013**	**2011-2012**	**VARIATION**
Nombre de mentions « J'aime »	573	273	+ 110 %
COMPTE TWITTER (twitter.com/cssslaval)	**2012-2013**	**2011-2012**	**VARIATION**
Nombre de tweets	380	258	+ 47 %
Nombre d'abonnés	749	389	+ 93 %

Par ailleurs, le CSSS de Laval a collaboré au « Portrait de la communauté d'expression anglaise de Laval - Définir les priorités », une étude pilotée par l'Université Concordia, en partenariat avec le Réseau communautaire de santé et des services sociaux, l'Initiative de réseautage et de partenariats, l'organisme AGAPE et l'Institut national de santé publique du Québec. Ce portrait avait pour but de mieux comprendre et de déterminer les besoins et les services de la communauté anglophone de Laval, d'établir les priorités et de les camper dans un plan d'action à court et à long terme. Le rapport s'attarde notamment à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais et à la rétention des professionnels de la santé bilingues, ainsi qu'à l'ensemble des services de santé offerts aux aînés, aux jeunes et à la clientèle en santé mentale.

Dans le cadre du projet clinique, le CSSS a expérimenté l'implication des usagers dans les travaux du regroupement-clientèle Santé mentale adulte. Animé par une usagère, un comité de personnes utilisatrices des services en santé mentale a été mis sur pied et a pu participer activement à la planification et à l'organisation de services adaptés aux besoins.

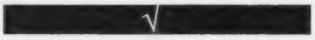
L'établissement a également participé au Forum social de Laval en novembre, un événement qui avait comme objectif de permettre aux citoyens de Laval d'identifier les enjeux importants dans la région et la manière dont chacun peut contribuer à l'amélioration du mieux-être lavallois. Dans ce cadre, le CSSS a animé un atelier visant à présenter la démarche du projet clinique à la population et à sonder l'opinion des participants quant aux moyens à utiliser à l'avenir pour consulter la population.

BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION 2012-2013

LE BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION ENTRE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL ET LE CSSS DE LAVAL EST RELATIVEMENT POSITIF AU TERME DE L'ANNÉE 2012-2013, ÉTANT DONNÉ QUE LA GRANDE MAJORITÉ DES CIBLES ONT ÉTÉ ATTEINTES, DÉPASSÉES OU EN BONNE VOIE DE L'ÊTRE. VOICI QUELQUES FAITS SAILLANTS.

ÉVALUATION DE L'ANNÉE PLUTÔT **POSITIVE**

CIBLE ATTEINTE OU EN VOIE DE L'ÊTRE
Taux d'atteinte de la cible supérieur à 95 %



CIBLE PROBLÉMATIQUE OU NON ATTEINTE AVEC CONTEXTE PARTICULIER
Taux d'atteinte de la cible entre 80 % et 94 %

CIBLE NON ATTEINTE
Taux d'atteinte de la cible inférieur à 80 %

PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13		Atteinte de l'engagement
			2011-2012	2012-2013	
1.01.20	Pourcentage des activités implantées du plan national en santé publique	87 %	N/D	N/D	
1.01.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	50 %	N/D	N/D	

SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.09.25	Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	Implantation d'un troisième GMF réseau Reddition de comptes : clinique et budgétaire selon les paramètres établis	N/D	10 GMF 2 GMF-réseaux	√
3.07	Nombre total d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées	7 (ajout 2 aux 5 IPS actuelles)	5	5	-
		Commentaire : Les congés de maternité durant l'année ont ralenti le processus de recrutement			
1.02.05	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Déterminer le modèle organisationnel de réponse téléphonique afin d'assurer la conformité aux exigences du MSSS	N/A	Instauration d'une réponse téléphonique à raison de 12 h par jour en semaine et de 9 h à 17 h les fins de semaine et les jours fériés. Par contre, nous n'avons pas de système téléphonique nous permettant d'établir le niveau des statistiques demandées.	≠
1.02.04	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels nous avons répondu dans un délai de 4 minutes ou moins	Déterminer le modèle technologique-téléphonique permettant d'assurer conformément le suivi de l'indicateur 1.02.04			

ADAPTATION DES SERVICES

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.03.07	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	Augmentation de 10 % de la mise en place des composantes entre la période 3 et la période 9	N/D	100%	√

PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.09.39	Pourcentage des territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	Dépôt du Plan d'action local des maladies cardiométaboliques	N/D	Plan déposé	√

SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.45.45.02	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis	Priorité urgente 90 %	Déficience physique : 100 %	Déficience physique : 100 %	√
			Déficience physique – Troubles envahissants du comportement : N/A	Déficience physique – Troubles envahissants du comportement : 100 %	
1.45.45.03	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis	Priorité élevée 90 %	Déficience physique : 88,1 %	Déficience physique : 91,2 %	√
			Déficience physique – Troubles envahissants du comportement : 91,7 %	Déficience physique – Troubles envahissants du comportement : 100 %	
1.45.45.04	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis	Priorité modérée 90 %	Déficience physique : 92,5 %	Déficience physique : 85,7 %	√
			Déficience physique – Troubles envahissants du comportement : 88,2 %	Déficience physique – Troubles envahissants du comportement : 93,6 %	

DÉPENDANCES ET SANTÉ MENTALE

	Indicateurs	Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.08.09	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	5 163 usagers	4 430	4 520	–
		Commentaires Pour FEJ, cible atteinte à 1 204 usagers (engagement de 1 005 atteint). En FEJ, des travaux d'optimisation ont permis l'atteinte des cibles. Pour SMA, la cible de 4 158 n'est pas atteinte (résultats : 3 196 + 120 avec prof répondant – Total : 3316) Actions à venir : • Révision de l'offre de service en première ligne • Développement d'un modèle hiérarchisé d'intervention pour le TPL • Projet d'implantation d'un modèle de pratique dans l'ouest (cible qualité II) • Révision de l'offre des troubles mentaux graves en première ligne • Projet d'arrimage entre les services généraux et SMA • Projet d'optimisation de l'Équipe mobile d'accès			
1.08.06	Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu un suivi intensif dans le milieu (SIM)	120 places	99	92	≠
		Commentaires Actions à poursuivre : • Exercice en cours pour départager la clientèle des cliniques externes afin d'identifier des clients potentiels, lesquels pourraient bénéficier du SIM • Consolidation de l'équipe à effectuer sur le plan des soins infirmiers • Transfert de financement du PAP pour un poste d'infirmière			
1.08.05	Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable (SIV)	406 places (incluant le CILL)	91 (CSSS) + 308 (CILL)	89 (CSSS) + 347 (CILL)	√
		Commentaires Actions à poursuivre : • Optimisation du travail vers le « case management » • Création d'un continuum de services entre le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV)			
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS	342 usagers	342	412	√
		Commentaires Les services de première ligne aux adultes en toxicomanie et en jeu pathologique sont en place et répondent aux demandes de la clientèle. En 2012-2013, tous les intervenants ont été formés en entretien motivationnel. La Direction des services généraux et fonction coordination-liaison (DSGFCL) a ajouté dans son offre de services des rencontres de groupe en prévention pour les consommateurs de drogues. En cours d'année, la DSGFCL a également renforcé et mis en place le post-traitement en lien avec la dépendance aux drogues, ce qui permet de mieux compléter l'offre de services du CSSS Laval.			

SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.03.05	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendus par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	Engagement global : 419 119 heures de soutien à domicile longue durée, incluant 245 469 heures de soutien à domicile et de soutien à l'autonomie des personnes âgées CSSS de Laval : - 29 173 heures de soutien à domicile et de soutien à l'autonomie des personnes âgées (excluant les organismes communautaires) - 9 356 heures de soutien à domicile longue durée par optimisation	388 606 Soutien à l'autonomie des personnes âgées : 237 029	441 412 Soutien à l'autonomie des personnes âgées : 289 494	√
			Commentaires Plusieurs actions ont été priorisées en 2012-2013 et ont permis de dépasser largement la cible : • Amélioration continue en service social et en aide à domicile (optimisation) • Ajout de ressources afin d'éliminer les listes d'attente en aide à domicile (développement) • Intensification du recrutement en service à domicile (développement) • Rehaussement de l'offre de services en aide à domicile et en soutien à l'autonomie des personnes âgées (développement)		

CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.01.19	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	Taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (<=100 %)	N/D	100 %	√

RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
3.14	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Obtient un agrément en 2012-2013	100 %	100 %	√
3.01	Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	5,95 %	6,87 %	7,21 %	≠
		Commentaires : En cours d'année, nous avons constaté un ralentissement de la progression de l'assurance salaire, attribuable au grand nombre d'initiatives en place. L'atteinte de la cible est difficilement envisageable à court terme. Mesures: • Révision des procédures de la gestion médico-administrative • Augmentation des heures de médecin-conseil • Plans d'action pour réduire les facteurs du milieu de travail qui contribuent aux absences en assurance salaire dans les secteurs où on retrouve un ratio de plus de 10 % (climat de travail et environnement physique) • Augmentation des démarches d'accommodement • Actions pour augmenter les travaux légers • Plan d'action pour la gestion des cas chroniques et complexes • Poursuite du déploiement du système de management en santé et sécurité du travail • Formation et accompagnement étroit des gestionnaires (prévention, gestion des absences et préparation au retour au travail) • Multiplication des interventions en gestion du changement et amélioration du climat de travail • Accroissement des initiatives de prévention			
3.10	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	Offre un programme de préceptorat	N/D	Programme en cours	√

RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.03.06	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	72 % d'implantation, en renforçant : • les mécanismes de coordination et la gestion de cas • le guichet d'accès • le système d'évaluation des outils d'évaluation multiclientèles	67,74 %	77,09 %	√

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.09.20.1	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche	90 % des personnes inscrites pour une arthroplastie totale de la hanche	40,9 %	41,1 %	≠
		Commentaires : • Ajout de 2 salles opératoires à l'automne 2013 et à l'hiver 2014 : prévision d'une augmentation de 100 cas de prothèse totale de la hanche et prothèse totale du genou • Révision à la hausse de la planification des activités chirurgicales notamment durant la période des Fêtes et la semaine de relâche. Prothèse totale de la hanche et prothèse totale du genou • Formation des équipes de travail pour la révision du suivi systématique • Travaux d'optimisation de la portion préopératoire et ajout d'un poste d'infirmière pivot afin d'assurer la fluidité de la clientèle			
1.09.20.2	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou	90 % des personnes inscrites pour une arthroplastie totale du genou	64,0 %	81,6 %	-
1.09.20.3	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une cataracte	90 % des personnes inscrites pour une cataracte	99,6 %	98,3 %	√
1.09.20.4	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	80% des personnes inscrites pour une chirurgie d'un jour	82,2 %	85,8 %	√
1.09.20.5	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	90 % des personnes inscrites pour une chirurgie avec hospitalisation	89,2 %	95,5 %	√

(SUITE)

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.09.08	Pourcentage des personnes traitées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie Catégorie A : moins de 2 semaines	Catégorie A : 100 % des personnes seront traitées à l'intérieur des délais établis	100 %	100 %	√
	Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois	Catégorie B : 100 % des personnes seront traitées à l'intérieur des délais établis	100 %	100 %	
1.09.07	Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90 % des personnes traitées à l'intérieur de 28 jours en radio-oncologie	N / A	86,8 %	√
1.09.33	Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en chirurgie oncologique	72,1 % des chirurgies oncologiques	75 %	64,1 %	-
		Commentaire : Ajout de 2 salles opératoires à l'automne 2013 et à l'hiver 2014 : prévision d'une augmentation des priorités opératoires pour la chirurgie oncologique			

DOSSIERS CLINIQUES INFORMATISÉS

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
	• Nombre de dossiers médicaux électroniques (DME) implantés • Choix du fournisseur du dossier clinique informatisé (DCI) • Manuel d'organisation de projet (MOP) complété	Au regard du projet d'implantation de la Solution Oacis pour le volet ambulatoire, l'actualisation des phases suivantes est attendue: • phase 0 – démarrage du projet • phase 0.5 – travaux préparatoires • phase 1 – chargement des données des systèmes sources	N/D	Complété à 100 %	√

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.09.34	Proportion des demandes de services en attente en imagerie médicale	Implantation de 35 % des recommandations découlant de la révision des processus	N/D	Les recommandations sont complétées à 60 %.	√
1.09.35	Proportion des demandes de services réalisées et lues à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale				
1.09.36	Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale				
1.09.37	Proportion des rapports transcrits et transmis à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale				
	Accès à la chirurgie (orthopédie)	Implantation de 100 % des recommandations du rapport ministériel de 2011 sur la révision des processus en orthopédie (centrale de rendez-vous, zone franche)	N/D	*	-
	Plan d'action permettant d'atteindre les cibles ministérielles fixées	* Résultats pour les périodes 1 à 13 de 2012-2013 Un projet de révision des processus de travail des cliniques externes et centrale de rendez-vous sera mis en place au cours de l'année 2013-2014. Cela englobera plusieurs recommandations du rapport. Dossier travaillé conjointement avec l'Agence de Laval et le CSSS de Laval. Poste de chargée de projet présentement en affichage et recrutement en cours d'une intervenante pivot en orthopédie. De plus, une révision du suivi systématique pour les prothèses totales de hanche et de genou est en cours. Plan d'action déposé pour l'atteinte des cibles ministérielles suivi de plans d'action en continu avec l'Agence de Laval.			
		Aucun patient en attente de plus de 275 jours	N/D	En date du 31 mars 2013, il y avait encore 140 patients à plus de 9 mois d'attente, toutes spécialités confondues. Suivi étroit de cette cible avec les équipes médicales concernées.	≠
	Accès au continuum de services AVC, désignation des centres tertiaires et établissement des corridors de services	Assumer le leadership des travaux du comité régional neurovasculaire	N/D	Mise en place d'un comité régional AVC avec 3 sous-comités cliniques en octobre 2011. Travaux réalisés: revue des meilleures pratiques, création d'une unité AVC, formation au personnel de l'unité AVC, révision du protocole de réadaptation, prise en charge.	√

(SUITE)

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
	Accès au continuum de services pour la douleur chronique. Identification des centres régionaux.	Collaborer aux travaux régionaux pour le développement d'un centre secondaire ou corridor de service	N/D	Corridor de services avec l'Hôpital juif de réadaptation. Formation à venir pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes pour apporter du soutien à la clientèle souffrant de douleurs chroniques.	√

URGENCES

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
1.09.31	Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	15 % des séjours de 24 heures et plus sur civière	33,74 %	36,67 %	≠
1.09.03	Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	1 % des séjours de 48 heures et plus sur civière	5,68 %	7,05 %	≠
1.09.01	Séjour moyen sur civière	12 heures ou moins de séjour moyen sur civière	20,35	21,44	≠

Commentaires :
Principalement en raison des augmentations touchant :

- le nombre de patients de 75 ans et plus
- le nombre d'ambulances
- la moyenne de lits de courte durée occupés par des usagers en attente d'hébergement

Cela, malgré une amélioration des pratiques observée par la diminution du nombre de patients couchés par rapport au nombre de visites.

PROJET DE LOI 133

Indicateurs	Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
Produire les plans triennaux des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI), les programmations annuelles en ressources informationnelles (PARI), les bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles (BARRI) ainsi que l'état de santé des projets (ESP). Dans chaque cas, pourcentage des établissements et des agences qui ont produit les plans ou bilans conformes aux modalités requises et selon l'échéancier prévu.	Produire les plans ou bilans conformes aux modalités requises et selon l'échéancier prévu	N/D	100 %	√

OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

	Indicateurs	Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
	Courrier électronique : service info nuagique pour l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	• Réaliser les activités préparatoires à la migration • Réaliser les activités suivant l'adjudication du contrat	N/D	Plan déposé à l'Agence en juin 2012. En attente du suivi du MSSS et de l'Agence.	-
	Téléphonie IP : solution nationale centralisée de téléphonie desservant l'ensemble du RSSS	Participer au plan régional d'optimisation de la téléphonie	N/D	Démarche en cours	√
	Téléphonie cellulaire : doter le RSSS d'un environnement de télécommunications cellulaires sécuritaire et intégré au réseau de télécommunications filaires, soit le Réseau intégré de télécommunication multimédia	• Effectuer un transfert vers le nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie • Inventorier au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés	N/D	Réalisé	√
	Regroupement de l'ensemble des centres de traitement des trois régions (Laval, Laurentides et Lanaudière) dans deux sites	Collaborer aux travaux visant le regroupement progressif des Centres de traitements des établissements	N/D	Collaboration en cours	√
	Gestion du parc des postes de travail Virtualiser sur un horizon de trois ans 60 % du parc des postes de travail	• Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et Accès) pour opérationnaliser • Optimiser la gestion du parc des postes de travail : - partage de l'expérimentation du déploiement des applications de missions - centralisation du déploiement et de l'évolution des postes de travail - utilisation du client léger avec une cible minimale de 60 % sur un horizon maximal de 5 ans	N/D	Plan de pérennité déposé à l'Agence et approuvé	√

(SUITE)

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
	Visioconférence : service national de visioconférence fiable, performant et évolutif soutenant l'ensemble des besoins de nature clinique (télésanté) et administrative	Fournir l'inventaire des stations de visioconférence, au plus tard le 30 juin 2012, incluant les services de visioconférence avec caméra Web	Aucun appareil	Inventaire déposé à l'Agence au 30 juin 2012	√
		Augmenter de 10 % l'utilisation des visioconférences		Les appareils n'ayant pas encore un an d'utilisation, nous ne pouvons calculer le taux d'augmentation.	-
		Explorer la mise en œuvre d'un service de visioconférence avec caméra Web		Non débuté	≠
	Approvisionnement en commun : collaborer à la restructuration de la structure d'approvisionnement de groupe	Augmenter les achats par approvisionnement en commun	N/D	La restructuration de la structure a débuté pour plusieurs produits. Elle se poursuit pour l'ensemble de nos produits.	√
	Inciter les établissements à adhérer à l'achat de groupe				
	Énergie : réduction globale de la quantité d'énergie consommée	Poursuivre les travaux engagés sur le plan régional	N/D	N/D	
	Système de paie : participer aux travaux nationaux de mise en place d'un plan d'action visant à optimiser le processus de production de la paie	Le cas échéant, collaborer à l'étude de faisabilité visant l'optimisation du processus de production de la paie sur le plan régional, et ce, à la lumière des projets pilotes en cours	N/D	Les projets sont en cours et nous collaborons à l'étude.	√

DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

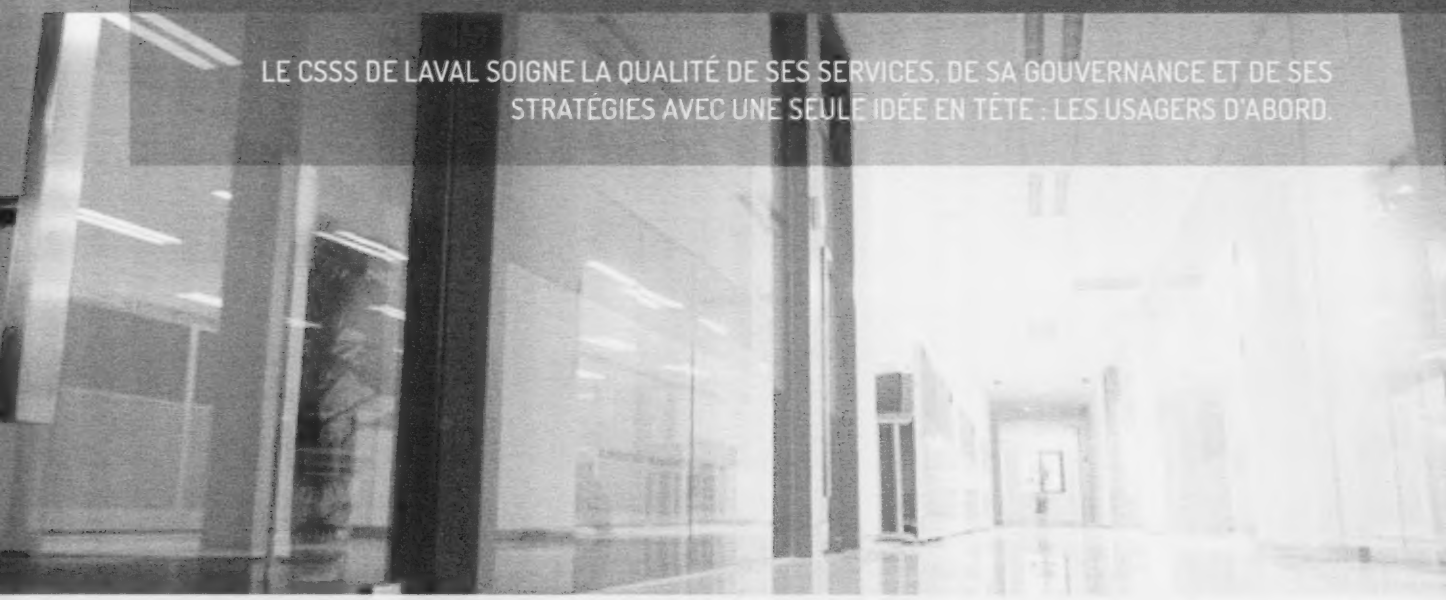
Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
	Degré d'implantation du dossier de santé du Québec (DSQ)	Effectuer les travaux préparatoires à l'implantation du domaine laboratoire	N/D	Le rehaussement du système d'information des laboratoires, comme préalable au déploiement du DSQ, se terminera à la fin de mai 2013.	√

DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

Indicateurs		Engagements pour 2012-2013	Résultats périodes 1 à 13 2011-2012	Résultats périodes 1 à 13 2012-2013	Atteinte de l'engagement
3.08	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	· Produit et met à jour un plan annuel de ses effectifs et met en œuvre les stratégies requises pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	N/D	100 %	√
3.09	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services, et de réorganisation du travail	· Développe une structure de partage des outils de révision des pratiques · Intègre la réorganisation aux pratiques de gestion régulières · Réévalue et réaffecte des tâches cléricales en soins infirmiers	N/D	100 %	√
3.05.01	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par les infirmières	4,25 %	4,53 %	4,42 %	√
3.05.02	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par le personnel réseau	2,86 %	2,84 %	2,89 %	
3.06.01 à 3.06.04	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (réduction de 25 à 40 % selon l'établissement et la catégorie de personnel)			
3.06.01	Infirmières	7,64 %	5,60 %	5,11 %	√
3.06.02	Infirmières auxiliaires	6,42 %	2,91 %	2,67 %	√
3.06.03	Préposés aux bénéficiaires	1,03 %	0,70 %	0,45 %	√

GOUVERNANCE AU CSSS DE LAVAL

LE CSSS DE LAVAL SOIGNE LA QUALITÉ DE SES SERVICES, DE SA GOUVERNANCE ET DE SES STRATÉGIES AVEC UNE SEULE IDÉE EN TÊTE : LES USAGERS D'ABORD.



SOIGNER la vie

CONSEIL D'ADMINISTRATION

– LE CSSS DE LAVAL EST ADMINISTRÉ PAR UN CONSEIL D'ADMINISTRATION COMPOSÉ DE 18 MEMBRES.

COLLÈGE ÉLECTORAL : POPULATION

Patrice Baig

Jean-Claude Beaudry

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : FONDATIONS

Jean-Guy Girard

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Dr Denis Gravel

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Lise Bertrand

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Chantal Guévremont

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : PERSONNEL NON CLINIQUE

Marjolaine Aubé

COLLÈGE DE DÉSIGNATION : COMITÉ DES USAGERS

Stéphanie Béland (démission en janvier 2013)

Nicole Marcelais

NOMINATIONS PAR L'AGENCE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

Gaston Joly, président

Sylvie Picard

COOPTATION

Paul Paré, vice-président

Roger Boucher

Yves Carignan

Kathleen Gagnon

Nicole Goulet

Sylvain Lefebvre

DIRECTRICE GÉNÉRALE

Caroline Barbir, secrétaire du conseil

OBSERVATEURS

Dr Jacques Blais, représentant du Département régional de médecine générale

Christian Bourdy, représentant de l'Université de Montréal

DURANT L'ANNÉE 2012-2013, LES MEMBRES DU CONSEIL ONT REÇU DE LA FORMATION SUR LA GOUVERNANCE, SUR LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION CONCERNANT LES AFFAIRES MÉDICALES ET SUR L'ÉTHIQUE.

LE CONSEIL A RÉVISÉ LE RÈGLEMENT SUR LA RÉGIE INTERNE ET LE RÈGLEMENT SUR LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DE VÉRIFICATION.

IL A ADOPTÉ LE RÈGLEMENT SUR LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE. UNE POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'INTÉGRATION DU NOUVEL ADMINISTRATEUR A ÉTÉ ADOPTÉE EN FÉVRIER 2012.

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Roger Boucher, président
Patrice Baig
Paul Paré
Sylvie Picard, vice-présidente

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Gaston Joly, président
Yves Carignan, vice-président
Chantal Guévremont
Nicole Marcelais
Sylvie Picard

Ce comité a été mis sur pied en janvier 2013.

RÉALISATIONS EN 2012-2013

- Les travaux ont porté principalement sur la révision du code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
- Des travaux sont amorcés sur le profil des compétences et d'expérience des administrateurs et sur les critères d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de l'évaluation de la contribution des administrateurs.

COMITÉ DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Chantal Guévremont
Nicole Goulet
Sylvain Lefebvre
Nicole Marcelais
Caroline Barbir
Philippe Benoit

Le comité a été créé en mars 2013.

RÉALISATION EN 2012-2013

- Les membres ont révisé le mandat du comité.

COMITÉ DES USAGERS

Pierre Louergli, président, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Ubaldo De Felice, vice-président, comité des résidants, centre d'hébergement Idola-Saint-Jean

Louise Blanchette, secrétaire-trésorière, déficience physique

Sandra Aresteanu, Famille-enfance-jeunesse

Lucie Bourdon, usagers du soutien à domicile

Denise Boutin, comité de résidants du centre d'hébergement La Pinière

Lucie Fortin, comité de résidants du centre d'hébergement Fernand-Larocque

Laurent Giasson, santé physique – chirurgie

Daniel Major, santé mentale adulte

Nicole Marcelais, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Joanne Niding, comité de résidants du centre d'hébergement de Sainte-Dorothée

Geneviève Siegmann, santé physique – maladies chroniques

Marie St-Germain, regroupement des usagers des ressources intermédiaires

Henri Van Leuven, membre désigné par le comité des résidants du centre d'hébergement Rose-de-Lima

Le comité des usagers est composé de 14 membres. Neuf membres représentent une clientèle spécifique et cinq membres sont des représentants des cinq comités des résidants.

RÉALISATIONS EN 2012-2013

- Le comité a inauguré son propre site Web, ce qui permet une information continue aux usagers sur les activités du comité et celles des comités des résidants.
- Certains membres siègent à quelques comités, dont le comité de gestion des risques, le comité de vigilance, le conseil d'administration et le comité organisateur du colloque de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
- Le comité a participé à la Semaine des droits des usagers, au Forum social de Laval et à d'autres conférences.

AVIS

Un avis a été déposé au conseil d'administration concernant un appui à une amélioration continue des soins et services offerts aux résidants des centres d'hébergement. Cet avis a recommandé que ce dossier soit inclus dans les priorités du CSSS de Laval.

COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

Kathleen Gagnon, membre du conseil d'administration, présidente

Dre Claire Gamache

Dre Sandra Bernardin

Dr René Marcotte, substitut des médecins

Sylvain Lefebvre, substitut au membre du conseil d'administration

RÉALISATION EN 2012-2013

- Le comité a reçu cinq demandes de révision, soit quatre de plaignants et une provenant d'un médecin.

COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES À L'ÉGARD DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Gaston Joly, président

Lise Bertrand

Kathleen Gagnon

Chantal Guévremont

Nicole Marcelais

RÉALISATION EN 2012-2013

- Le comité a traité deux dossiers de mesures disciplinaires concernant des médecins.

CONSEILS PROFESSIONNELS

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Josée Martineau (pharmacienne), présidente

Dr Marc Charbonneau (pneumologue) vice-président

Dr Dennis Malcolm (omnipraticien – soins intensifs), trésorier

Dr Jean Rivest (omnipraticien – UMF de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé), secrétaire

Dr Martin Jacques (omnipraticien – urgence)

Dr Patrick Montpetit (chirurgien général)

Dr Jacques Ranger (omnipraticien, représentant des médecins de CLSC et des centres d'hébergement)

Dr Jean-Sébastien Roy (anesthésiologiste)

Caroline Barbir, directrice générale

Dr Alain Goudreau, directeur, DSPHAM

France Cookson, directrice par intérim, DAUCQ

EFFECTIFS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens compte 686 membres.

RÉALISATIONS EN 2012-2013

- Révision de la structure du comité central de l'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique.
- Suivi des recommandations du Collèges des médecins.
- Mise en place d'un programme de coaching pour les chefs de département et service, conjointement avec la Direction des services professionnels, hospitaliers et des affaires médicales.
- Recommandation au conseil d'administration sur l'adoption des règles d'utilisation des médicaments et application de ces règles en collaboration avec le comité de pharmacologie et le Département de pharmacie.
- Recommandation au conseil d'administration sur l'adoption de la règle d'utilisation des ressources en endoscopie.
- Développement d'externats obligatoires en lien avec la mission universitaire, conjointement avec la Direction des affaires universitaires et de la qualité de stages.
- Avis du comité exécutif à la direction générale sur la structure organisationnelle.
- Révision conjointe avec la direction des services professionnels, hospitaliers et affaires médicales sur le suivi des dossiers du coroner et des dossiers de l'évaluation de l'acte.

COMITÉS DU CMDP ET LEURS TRAVAUX

- Comité central de l'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
- Comité de pharmacologie
- Comité d'examen des titres
- Comité de formation médicale continue
- Comité de médecine transfusionnelle
- Comité des dossiers et sous-comité des formulaires
- Comité de nutrition
- Comité des tissus

Les rapports d'activités de ces comités sont publiés une fois l'an et sont disponibles sur demande au CMDP.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Julie Rodrigue (représentante DSP-chirurgie), présidente intérimaire, poste vacant de vice-présidente

Hélène Trudel (représentante de la famille-enfance-jeunesse), secrétaire

Lise Bertrand (chef du service Info-Santé et membre du conseil d'administration)

Michèle Dion (représentante du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires)

Andrée Giguère (représentante des services généraux)

Sophie Jean (représentante de l'hébergement)

Danièle Lalande (présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires)

Lucie Lalonde (représentante de la famille-enfance-jeunesse)

Jennifer Nadeau (représentante du comité de la relève des infirmières auxiliaires)

Miriam Tessier (représentante de la santé physique-chirurgie)

Carole Mongeau (représentante du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires),

Poste vacant (représentante de la santé mentale adulte),

Poste vacant (représentante des services généraux)

Lucie Gagnon, directrice des soins infirmiers

Caroline Barbir, directrice générale

EFFECTIFS

Le conseil est composé de 1482 infirmières et de 416 infirmières auxiliaires. Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) ainsi que le comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire (CRIIA) sont deux sous-comités du CII.

RÉALISATIONS EN 2012-2013

- Rôle-conseil auprès de cinq comités institutionnels.
- Participation au processus d'inspection professionnelle de l'OIIQ, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers.
- Organisation de la Semaine de l'infirmière au printemps 2012 avec, au programme, 30 dîners-conférences et une soirée de remise de huit Prix d'excellence et de 23 bourses en soins infirmiers.

AVIS

Des avis ont été émis sur divers sujets.

- Avis sur la manipulation sécuritaire et l'administration de la médication antinéoplasique en centre d'hébergement.
- Avis concernant les visites à domicile non planifiées.
- Appui sur la planification organisationnelle ainsi que sur les orientations au sujet de l'accessibilité aux soins et services de première ligne.
- Appui de la nouvelle structure organisationnelle du CSSS de Laval.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Carole Ducharme (thérapeute en réadaptation physique), présidente

Chantal Guèvremont (nutritionniste), vice-présidente

Chantal Goyette (organisatrice communautaire), agente de communication

Nathalie Breault (ergothérapeute), secrétaire

Robert Lupien (technicien en éducation spécialisée), président sortant

Ghislaine Amiot (responsable régionale en biologie médicale)

Isabelle Geneau (assistante chef technologue en radiologie)

Julie Lussier (archiviste)

Lorraine Mailloux (travailleuse sociale)

Claude Martin (technicien spécialisé en informatique)

Julie Morin (inhalothérapeute)

Benoît Tétreault, directeur des services multidisciplinaires

Caroline Barbir, directrice générale

EFFECTIFS

Le conseil compte 1 258 membres et représente 42 appellations d'emploi de professionnels universitaires et de techniciens. Pour assumer ses responsabilités dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les membres siègent à cinq comités organisationnels en lien avec la distribution des soins et des services dispensés par leurs membres.

RÉALISATIONS EN 2012-2013

- Présentation de commentaires aux directions concernées
  - Appui à la démarche sur la pratique collaborative interprofessionnelle
  - Commentaires sur le programme de superviseurs de stages
  - Commentaires sur le plan de travail et d'optimisation de l'offre de services pour la prévention et la gestion des maladies chroniques
  - Commentaires sur la planification stratégique 2012-2015
  - Commentaires sur le projet clinique présenté
- Émission de deux avis à la direction générale
  - Avis sur la structure organisationnelle
  - Avis sur l'orientation du CSSS en matière d'accessibilité aux soins et services de première ligne
- Participation à quatre comités de pairs
  - Psychoéducateurs : suivi et analyse de l'expérimentation du guide d'évaluation psychoéducative et de l'outil développé
  - Psychologues : production d'un Guide de pratique à l'intention des psychologues du CSSS de Laval
  - Thérapeutes en réadaptation physique : mise à jour du formulaire « Référence médicale en physiothérapie pour les thérapeutes en réadaptation physique »
  - Nutritionnistes : développement d'un organigramme décisionnel sur la prise de suppléments nutritionnels de façon précoce dans l'attente d'une prise en charge par une nutritionniste
- Gestion d'un sondage afin d'identifier les moyens utilisés par les membres pour maintenir et développer leurs compétences
- Organisation de la semaine annuelle du Conseil multidisciplinaire
  - Remise des Prix Distinction à sept membres du CM : Passion, Carrière, Rayonnement-innovation, Développement et Prix du Conseil multidisciplinaire
  - Remise de bourses d'études et de perfectionnement pour souligner l'importance de la formation continue des professionnels et techniciens
- Création d'un comité d'arrimage CM-DSM dont les travaux visent à apprécier et améliorer la qualité de la pratique professionnelle et à soutenir la mobilisation des membres du CM

GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES USAGERS

LE CSSS DE LAVAL DÉMONTRE QUOTIDIENNEMENT SON LEADERSHIP POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ DE SES SERVICES ET LA GESTION DES RISQUES DE SES INSTALLATIONS.

SOIGNER la vie

COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Yves Carignan, président et membre du conseil d'administration

Jean-Claude Beaudry, vice-président et membre du conseil d'administration

Nicole Marcelais, membre du conseil d'administration et membre du comité des usagers

Caroline Barbir, directrice générale

France Dumont, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

RÉALISATIONS EN 2012-2013

- Présentation des différentes directions sur les dossiers liés à la qualité des soins et des services.
- Visite des installations du CLSC du Ruisseau-Papineau ainsi que du Centre d'hébergement Idola-Saint-Jean dans le but de mieux visualiser et connaître les lieux de dispensation des soins.
- Suivi des travaux réalisés dans le cadre de la démarche d'agrément, particulièrement pour les preuves d'amélioration devant être soumises à Agrément Canada.
- Suivi des rapports des visites ministérielles dans les centres d'hébergement.
- Considération des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité et de leur suivi, et formulation de commentaires.
- Suivi de 12 événements sentinelles et des rapports du coroner.
- Dépôt des rapports et des plans d'action en lien avec les visites d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- Suivi régulier des dossiers sur la prévention et le contrôle des infections. Un suivi spécifique a été fait à la suite du rapport de la santé publique au comité de prévention des infections sur le nettoyage et la désinfection en trois étapes avec de l'eau de javel, ainsi que sur le maintien du registre de désinfection des petits équipements hebdomadaire jusqu'à finalisation des zones grises. Un appui du comité a aussi été donné concernant les mesures d'aménagements physiques des unités de soins à prendre pour prévenir les infections.
- Suivi des dossiers concernant notamment la qualité des soins et des services offerts dans les ressources intermédiaires, les besoins des clientèles spécifiques au centre d'hébergement de La Pinière, l'accès adéquat aux équipements pour la clientèle en surcharge pondérale et les listes d'attente pour certains types de chirurgies.
- Mise à jour du règlement et des règles de fonctionnement du comité.

ÉLÉMENTS D'AMÉLIORATION POUR LE CSSS IDENTIFIÉS PAR LE CVQ POUR LA PROCHAINE ANNÉE

- Développement d'un cadre de présentation harmonisé des outils de suivi pour les instances et différents conseils professionnels qui feront des présentations au CVQ.
- Création d'un tableau de bord amélioré pour le CVQ et le conseil d'administration en lien avec la gestion des

risques et de la qualité – l'actuel tableau de bord exige un investissement considérable de temps.

- Développement d'un outil d'évaluation de la satisfaction de la clientèle par le commissariat aux plaintes en regard des traitements des plaintes.
- Recherche de mesures pour soutenir les membres des conseils professionnels relativement aux disponibilités associées à leur rôle.
- Importance accordée par le plan de communication au rayonnement des conseils professionnels et à leur direction, et mise en lumière de leurs activités d'information et de promotion auprès des membres de tous les quarts de travail et de toutes les installations.
- Systématisation d'une rétroaction formelle au CVQ à la suite de tout avis ou de toute recommandation effectuée par les conseils professionnels ou autre instance.

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

- Poursuite d'un suivi rigoureux et d'une vigie par le CSSS sur les mesures de gestion des risques entourant l'utilisation des lits surnuméraires.
- Poursuite des travaux d'analyse visant l'optimisation des lits hospitaliers utilisés par les personnes âgées.
- Déploiement de mesures optimales visant le lavage des mains.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Dr Serge Legault (représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens), coprésident

Sophie Ouellet (coordonnatrice des programmes qualité à la Direction des affaires universitaires, corporatives et de la qualité), coprésidente

Bélinda Briand
(représentante de la Direction Famille-enfance-jeunesse)

Lise Bertrand (représentante de la Direction des services généraux et fonction coordination-liaison)

Marie St-Germain
(représentante du comité des usagers)

Éric Daviau (représentant de la Direction de la santé physique-médecine-chirurgie)

Annie Fortier (représentante de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées)

Lucie Fortin (représentante du comité des usagers)

Chantal Guévremont
(représentante du conseil multidisciplinaire)

Suzanne Leroux (représentante de la Direction des services professionnels, hospitaliers et des affaires médicales)

Sylvain Massicotte
(représentante de la Direction des services multidisciplinaires)

Mélanie Richer (pharmacienne, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens)

Julie Rodrigue (représentante du Comité des infirmières et infirmiers)

Dre Danielle Vézina (représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens)

RÉALISATIONS EN 2012-2013

- Révision du mandat du comité de gestion des risques, de sa composition et de ses règles de fonctionnement.
- Suivi de dossiers spécifiques lors des six rencontres tenues au cours de l'année 2012-2013.
  - Agressions
  - Programme de prévention des chutes
  - Mise à jour des plans de mesures d'urgence
  - Sécurité des usagers hospitalisés en surnuméraire
  - Besoins en prévention des infections pour les secteurs ambulatoires

AVIS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

À la suite d'une recommandation priorisant la formation du personnel sur la prévention de la violence, 188 employés ont reçu soit la formation OMÉGA (gestion d'un usager en crise) ou la formation sur la pacification.

SUIVI DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE DES INCIDENTS-ACCIDENTS

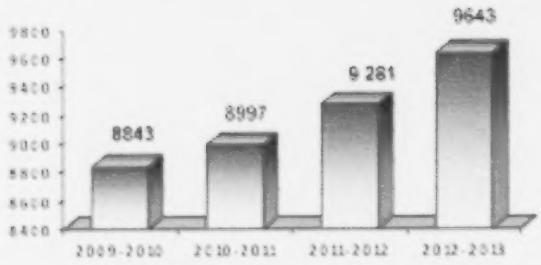
9 600

C'est le nombre d'événements qui ont été déclarés en 2012-2013, soit une légère augmentation de 3,9 % par rapport à l'année précédente. De ce nombre, l'équipe de la coordination des programmes qualité a enclenché un suivi plus poussé pour 50 événements, dont 12 ont été considérés comme des événements sentinelles.

Des activités de promotion de la culture de non-blâme et de la sécurité ont été réalisées. Ces activités ont été multiples

et variées : deux séances de formation Erromed sur les facteurs humains, une formation du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), plusieurs formations sur la déclaration des incidents-accidents ainsi qu'un midi-conférence donné au personnel des laboratoires. L'augmentation des déclarations des incidents-accidents témoigne de l'implantation de cette culture au CSSS de Laval.

NOMBRE DE DÉCLARATIONS DES INCIDENTS-ACCIDENTS*



* Excluant les données sur les infections nosocomiales, les incidents-accidents transfusionnels, les échappées belles répertoriées à la pharmacie ainsi que les non-conformités recensées par les laboratoires.

La majorité des déclarations se retrouvent dans la catégorie des événements liés à l'administration des médicaments ainsi qu'aux chutes, dans une proportion respective de 35 % et de 34,3 %. Outre ces deux principales catégories, des événements ont également été déclarés en lien avec les traitements (6,5 %), les blessures d'origine inconnue (4,3 %), les agressions entre deux usagers (2,2 %), le non-respect d'une procédure (2 %), le matériel (1,8 %), les tests diagnostiques (1,6 %), les effets personnels (1,5 %), les erreurs liées au dossier (1,5 %) et les équipements (1,2 %).

La majorité de ces événements n'ont entraîné aucune conséquence pour les usagers. En effet, seuls 2,7 % des événements ont occasionné des conséquences majeures et 5,1 % ont été des situations à risque, alors que 51,2 % ont été sans conséquence, 17,9 % ont nécessité une surveillance et 23 % ont entraîné des conséquences mineures.

SUIVI DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES ET ÉVÉNEMENTS SIGNIFICATIFS

9 643

Pour chacun des 9 643 événements déclarés, un suivi a été effectué par le supérieur immédiat. Pour l'année 2012-2013, 50 événements ont fait l'objet d'un suivi par la coordination des programmes qualité. De ce nombre, 12 ont été considérés comme étant des événements sentinelles compte tenu de la gravité des conséquences. Ces événements ont été revus par un groupe de travail qui avait pour mandat d'identifier les sources de défaillance et de mettre en place des mesures préventives pour éviter la récurrence.

CHUTES

Le CSSS a enregistré 3 306 chutes en 2012-2013.
De ce nombre :

- 33 % n'ont pas eu de conséquence et n'ont pas exigé de surveillance
- 28 % ont exigé une surveillance
- 35 % sont des accidents qui ont eu des conséquences temporaires et ont exigé des soins ou traitements non spécialisés, sans hospitalisation
- 69 chutes ont nécessité des soins spécialisés
- 47 chutes ont entraîné une hospitalisation ou en ont prolongé la durée
- 1 chute a engendré des conséquences permanentes

À l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, il y a eu 1 364 chutes en 2012-2013 contre 1 278 pour l'année précédente. Cette hausse est notamment attribuable à l'accroissement de la clientèle âgée dans les unités d'hospitalisation, à l'approche de décontentionnement et à la mise en place de mesures alternatives aux mesures traditionnelles de contention.

Dans les ressources intermédiaires, 493 chutes ont été déclarées, soit sensiblement le même nombre que l'année précédente. Ces chutes sont possiblement attribuables à une augmentation de l'intensité des soins.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

5,8

Le taux moyen d'incidence des infections nosocomiales avec C. difficile par 10 000 jours-présences a diminué depuis l'an dernier alors qu'il était de 6,7 et qu'il est passé à 5,8 en 2012-2013. Pour l'ensemble des établissements du Québec, le taux moyen est de 7,2. Durant l'année, huit éclosions ont été signalées à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

6,3

Le taux moyen d'incidence des usagers dépistés pour les cas de staphylococcus aureus (SARO) est de 6,3 par 10 000 jours-présences et a augmenté en 2012-2013, alors qu'il était de 5,5 en 2011-2012. Un nouveau test de dépistage a été introduit en cours d'année. Une surveillance des taux de colonisation nosocomiale du SARO sera poursuivie pour que soit appliqué adéquatement l'ensemble des mesures visant la prévention et le contrôle de la transmission SARO.

0,8

Le taux moyen d'incidence des usagers dépistés pour l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) a été de 0,8 en 2012-2013, ce qui représente une nette amélioration puisqu'il était de 1,9 en 2011-2012.

CONTRÔLE DES INFECTIONS

- Les procédures du programme cadre en prévention et contrôle des infections (PCI) a été mis à jour et uniformisé.
- Le premier audit sur l'hygiène des mains a été tenu en mars 2013 pour les volets hospitaliers et centres d'hébergement. Un plan d'action sera déposé pour donner suite aux constats de l'audit.
- Un logiciel informatique a été choisi pour permettre de surveiller l'ensemble des infections nosocomiales et offrir un système d'alertes pour les usagers identifiés.
- Un plan d'action relié à l'augmentation des taux de C. difficile a été mis en œuvre et est toujours en cours.

ÉDUCATION ET FORMATION

- Des conseillères ont offert une formation en prévention et contrôle des infections (PCI) au personnel de soins lors de l'accueil de nouveaux employés, stagiaires et à la demande d'un gestionnaire.
- Des interventions ponctuelles dans les unités de soins ont été effectuées lors d'éclosions ou de situations particulières.
- Un journal formatif a été mensuellement publié depuis avril 2012 par le Service de prévention et contrôle des infections.
- Trois rapports concernant les inquiétudes du Service de prévention et contrôle des infections face à l'environnement de travail (entretien, rénovations) et face aux risques d'infections en CHSLD ont été déposés à la direction.

TRAITEMENT DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

10

C'est le nombre de rapports du coroner qui ont été transmis au CSSS de Laval, dont plusieurs avaient déjà fait l'objet d'une revue d'événements sentinelles. En fonction des recommandations du coroner, des mesures supplémentaires ont été mises en place. Dans cinq situations, le coroner a recommandé une révision par le comité de l'acte médical. Dans trois cas, il a formulé des recommandations spécifiques afin de mettre en place des mécanismes de sécurité. Et dans deux autres cas, il n'a émis aucune recommandation.

Les suivis auprès du bureau du coroner ont été effectués par le directeur des services professionnels, hospitaliers et affaires médicales.

En cours d'année, le CSSS a effectué un recensement de tous les rapports reçus depuis 10 ans. Une procédure de gestion, de rétroaction et de suivi des recommandations a alors été intégrée à la norme et pratique de gestion. Cette procédure sera implantée en 2013-2014.

GESTION DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Le commissariat aux plaintes et à la qualité des services a été interpellé dans 1 368 dossiers distincts durant l'année 2012-2013, ce qui représente une augmentation de son volume d'activités de 3 % par rapport à l'année précédente, et ce, malgré une baisse significative de 34 % des plaintes médicales.

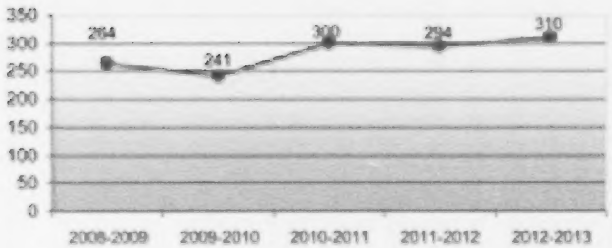
Tout au cours de l'année, l'équipe du commissariat a veillé à assister et à examiner avec vigilance, transparence et efficience les plaintes de la clientèle desservie par le CSSS. À cet égard, il importe de souligner la collaboration des différents acteurs concernés pour l'écoute accordée aux situations soumises et pour la volonté d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts à la population.

De plus, diverses activités de promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers ont été réalisées en cours d'année, dont la tournée des directeurs, des équipes de gestion et des comités des résidants. À cela s'ajoutent des rencontres auprès des membres du comité des usagers, des visites d'installations, des travaux pour la refonte d'un nouveau dépliant et la production d'affiches promotionnelles ainsi que la parution régulière d'articles dans le journal Info CSS.

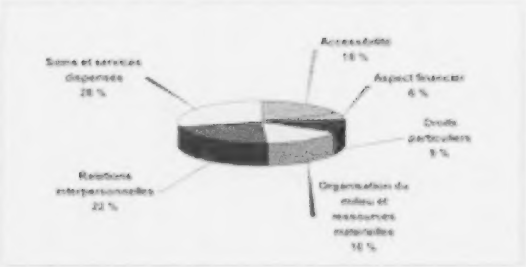
FAITS SAILLANTS

- 310 plaintes : hausse de 5 % comparativement à l'année 2011- 2012.
- 885 demandes d'assistance : hausse de 6 % comparativement à l'année 2011-2012. De ces demandes, 855 ont concerné un soin ou un service et 30 ont été en lien avec une demande d'aide à la formulation d'une plainte.
- 49 dossiers d'intervention : augmentation de 58 % comparativement à l'année 2011-2012.
- Dossiers ouverts à la suite d'un signalement ou de l'initiative des commissaires.
- 72 demandes de consultation : baisse de 20 % comparativement à l'année 2011-2012. Ces demandes proviennent principalement des gestionnaires et des intervenants du CSSS de Laval et de différents intervenants du réseau de la santé. Ces consultations portent généralement sur les droits des usagers ainsi que sur le régime d'examen des plaintes.
- 91 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours, comparativement à 76 % pour l'année 2011-2012.
- 6 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au Protecteur du citoyen, comparativement au même nombre pour l'année 2011-2012).

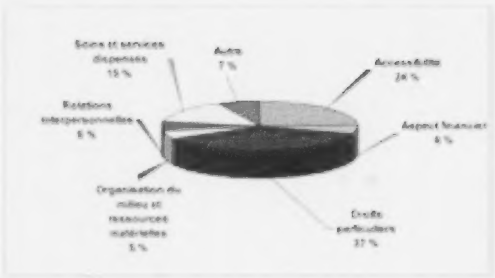
ÉVOLUTION DES PLAINTES : HAUSSE DE 5 % COMPARATIVEMENT À 2011-2012



PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES



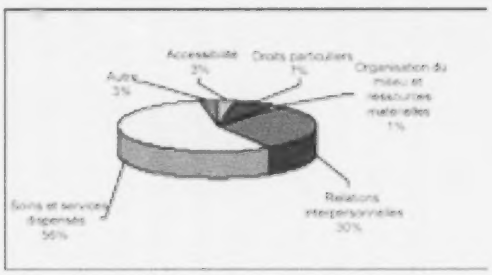
PRINCIPAUX MOTIFS D'ASSISTANCE



PLAINTES MÉDICALES

Les médecins examinateurs ont traité cette année 55 plaintes, 67 enquêtes, 98 objets de plaintes et 8 demandes d'assistance. Certaines plaintes visent plus d'un médecin et 62 % comportent plus d'un objet de plainte. De plus, 7 plaintes ont été abandonnées en cours de route et une plainte a été rejetée.

NATURE DES PLAINTES MÉDICALES



MESURES DE CONTRÔLE

À la suite de l'adoption en 2011 de la politique et procédure « Mesures de contrôle : application de la contention physique et de l'isolement », l'année 2012-2013 a été consacrée à l'implantation des meilleures pratiques en terme de mesures de contrôle pour les usagers de l'Hôpital et des centres d'hébergement. Les étapes franchies en cours d'année ont été :

- documentation sur les pratiques cliniques et matériel utilisé
- constats des écarts entre les situations actuelles et les meilleures pratiques
- réalisation d'actions immédiates telles que :
  - formation du personnel : 140 personnes formées au printemps 2013
  - distribution du matériel de mesures de remplacement
  - utilisation de nouveaux formulaires
  - sensibilisation du personnel par l'application de l'approche adaptée à la personne âgée
- développement de plans d'action

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

INFIRMIÈRES

Le rapport de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a donné lieu à un plan d'amélioration continue déposé à l'Ordre afin d'améliorer les situations cliniques relatives aux usagers ayant chuté et à ceux recevant des opiacés. Le plan d'amélioration interne s'est aussi concentré sur l'amélioration des processus de soins reliés à l'utilisation de l'isolement et des contentions, à la gestion de la douleur et à la gestion des plaies et de l'urgence suicidaire.

PHARMACIENS

L'Ordre des pharmaciens du Québec, dont la dernière visite remontait à 1992, est revenu effectuer une visite d'inspection en septembre 2012. Dans l'ensemble, le CSSS a fait bonne figure. Toutefois, sur les 101 critères évalués, 21 ont été jugés non conformes, 13 ont référé à des procédures devant être consignées par écrit et 8 ont inspiré des recommandations plus spécifiques. Le suivi des recommandations et le plan d'action associé doivent être déposés à l'OPQ en septembre 2013.

PRATIQUE COLLABORATIVE INTERPROFESSIONNELLE

Adoption et mise en œuvre d'un plan d'action pour déployer le concept de pratique collaborative au sein des équipes, en partenariat avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal. Cette démarche favorise l'utilisation des ressources et l'expertise des intervenants, et ce, dans une intervention concertée et dynamique.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de CSSS de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2013 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de CSSS de Laval.

RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION POUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

RESPONSABILITÉ DE L'AUDITEUR

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

OPINION

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de CSSS de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de CSSS de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de CSSS de Laval au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.[1]

Montréal

Le 28 juin 2013

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique no A113631

ÉTATS DES RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exploitation		Immobilisations	Total	
	Activités principales ex. courant (2012-2013) (1)	*Activités accessoires ex. courant (2012-2013)* (2)	*Exercice courant (2012-2013)* (3)	*Exercice courant (2012-2013)* (4) = (1) + (2) + (3)	*Exercice précédent (2010-2011)* (5)
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	420 735 431 $	369 428 $	28 481 910 $	449 586 769 $	421 808 807 $
Subventions Gouvernement du Canada		242 028		242 028	242 028
Contributions des usagers	26 936 143			26 936 143	24 916 801
Ventes de services et recouvrements	4 807 239			4 807 239	5 095 974
Donations	531 319		703 234	1 234 553	752 038
Revenus de placement	243 690	12 169	29 100	284 959	201 530
Revenus de type commercial		3 526 415		3 526 415	3 204 379
Gain sur disposition					4 472
Autres revenus	777 992	5 534 674	192 161	6 504 827	7 262 240
TOTAL	**454 031 814**	**9 684 714**	**29 406 405**	**493 122 933**	**463 488 269**
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	313 331 286	5 589 040		318 920 326	310 961 605
Médicaments	20 038 937			20 038 937	19 421 629
Produits sanguins	4 934 763			4 934 763	4 566 094
Fournitures médicales et chirurgicales	27 472 192			27 472 192	26 143 177
Denrées alimentaires	3 465 083			3 465 083	3 565 731
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	15 702 324			15 702 324	12 332 820
Frais financiers			6 687 990	6 687 990	6 151 801
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	3 827 424		9 451 614	13 279 038	5 518 699
Créances douteuses	263 123			263 123	312 359
Amortissement des immobilisations			13 768 954	13 768 954	12 765 257
Autres charges	62 814 819	3 183 201		65 998 020	60 257 076
TOTAL	**451 849 951**	**8 772 241**	**29 908 558**	**490 530 750**	**461 996 248**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**2 181 863 $**	**912 473 $**	**(502 153) $**	**2 592 183 $**	**1 492 021 $**

À TITRE D'INFORMATION SEULEMENT					
Contributions affectées à d'autres fonds	(990 007)	(912 473)	1 902 480	-	-
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) après contributions affectées à d'autres fonds	**1 191 856**	**-**	**1 400 327**	**2 592 183**	**1 492 021**

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Fonds		Total	
	Exploitation (1)	***Immobilisations*** (2)	***Exercice courant (C1 + C2)*** (3)	***Exercice précédent*** (4)
SURPLUS (DÉCIFITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(6 387 097) $	3 507 565 $	(2 879 532) $	(4 371 553) $
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	976 719		976 719 $	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS - TOTAL	(5 410 378)	3 507 565	(1 902 813)	(4 371 553)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**3 094 336**	**(502 153)**	**2 592 183**	**1 492 021**
Autres variations :				
Transferts interfonds	(1 902 480)	1 902 480		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	**(4 218 522)**	**4 907 892**	**689 370**	**(2 879 532)**
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine interne			203 073	200 923
Solde non affecté			486 297	(3 080 455)
TOTAL			**689 370**	**(2 879 532)**

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Exercice termine le 31 mars 2013

	Fonds		Total	
	Exploitation	*Immobilisations*	*Exercice courant (C1 + C2)*	*Exercice précédent*
	(1)	(2)	(3)	(4)
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	26 779 632 $	7 243 133 $	34 022 765 $	13 120 589 $
Placements temporaires			-	
Débiteurs - Agence et MSSS	28 800 314	1 777 148	30 577 462	35 274 854
Autres débiteurs	3 805 968	738 626	4 544 594	5 143 986
Créances interfonds (dettes interfonds)	(1 768 986)	1 768 986		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	31 992 438	32 454 010	64 446 448	46 328 906
Frais reportés liés aux dettes		351 618	351 618	257 183
Autres éléments	848 495		848 495	854 642
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**90 457 861**	**44 333 521**	**134 791 382**	**100 980 160**
PASSIFS				
Emprunts temporaires		21 341 028	21 341 028	20 834 343
Autres créditeurs et autres charges à payer	44 901 998	4 695 107	49 597 105	71 522 269
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées		22 146 681	22 146 681	15 295 458
Intérêts courus à payer		1 742 148	1 742 148	1 705 781
Revenus reportés	17 850 937	6 663 269	24 514 206	20 425 541
Dettes à long terme		175 774 355	175 774 355	154 376 448
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	35 258 905		35 258 905	
Autres éléments	566 825		566 825	622 033
TOTAL DES PASSIFS	**98 578 665**	**232 362 588**	**330 941 253**	**284 781 873**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(8 120 804)**	**(188 029 067)**	**(196 149 871)**	**(183 801 713)**
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		192 936 959	192 936 959	177 339 320
Stocks de fournitures	2 414 522		2 414 522	2 302 572
Frais payés d'avance	1 487 760		1 487 760	1 280 289
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**3 902 282**	**192 936 959**	**196 839 241**	**180 922 181**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**(4 218 522) $**	**4 907 892 $**	**689 370 $**	**(2 879 532) $**

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Fonds		Total	
	Exploitation (1)	*Immobilisations* (2)	*Exercice courant (C1 + C2)* (3)	*Exercice précédent* (4)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(9 969 958) $	(173 831 755) $	(183 801 713) $	(165 507 241) $
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	976 719		976 719	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(8 993 239)	(173 831 755)	(182 824 994)	(165 507 241)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**3 094 336**	**(502 153)**	**2 592 183**	**1 492 021**
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		(29 366 593)	(29 366 593)	(32 783 453)
Amortissement de l'exercice		13 768 954	13 768 954	12 765 257
Ajustements des immobilisations				
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	-	**(15 597 639)**	**(15 597 639)**	**(20 018 196)**
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures	(111 951)		(111 951)	31 284
Acquisition de frais payés d'avance	(207 470)		(207 470)	200 419
Utilisation de stocks de fournitures				
Utilisation de frais payés d'avance				
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(319 421)	-	(319 421)	231 703
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(1 902 480)	1 902 480		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**872 435**	**(14 197 312)**	**(13 324 877)**	**(18 294 472)**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**(8 120 804) $**	**(188 029 067) $**	**(196 149 871) $**	**(183 801 713) $**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant (1)	*Exercice précédent* (2)
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	2 592 183 $	1 492 021 $
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Créances douteuses	263 123	312 359
Stocks et frais payés d'avance	(319 421)	231 703
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
- Gouvernement du Canada		
- Autres	(703 234)	(602 038)
Amortissement des immobilisations	13 768 954	12 765 257
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	90 141	42 565
Autres	976 719	
TOTAL	14 076 282	12 749 846
Variations des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	34 886 093	(5 484 441)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	51 554 558	8 757 426
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations :		
Acquisitions	(29 083 232)	(30 675 981)
Produits de disposition		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	(29 083 232)	(30 675 981)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements de portefeuilles		
Variation d'autres éléments :		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(18 117 542)	(3 507 499)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	(18 117 542) $	(3 507 499) $

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant (1)	*Exercice précédent* (2)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes :		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	36 422 846 $	18 870 935 $
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(9 776 229)	(8 884 150)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	(5 248 709)	
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	39 108 622	31 689 137
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(36 601 937)	(21 870 935)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	(2 000 000)	
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	21 904 593	19 804 987
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	26 258 377	(5 621 067)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	13 120 589	20 284 626
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	39 378 966	14 663 559
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	39 378 966	14 663 559
TOTAL	39 378 966	14 663 559
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Immobilisations :		
Comptes à payer sur les immobilisations	283 361	2 107 472
Intérêts :		
- Intérêts créditeurs (revenus)	284 959	201 530
- Intérêts encaissés (revenus)	257 818	192 953
- Intérêts débiteurs (dépenses)	6 281 908	6 108 379
- Intérêts déboursés (dépenses)	6 245 541 $	5 727 422 $
Placements temporaires	-	-

DÉTAIL DES DONATIONS FAITES EN 2012-13 À L'ÉTABLISSEMENT À DES FINS PARTICULIÈRES

Fondation Cité de la Santé		
Soutien à l'enseignement et à la recherche	150 000 $	
Équipements médicaux	765 989	
Ameublements de chambres, autres équipements	105 445	
Activités de formation en centres d'hébergement	43 448	
Activités de musicothérapie	20 000	
Projet soins spécialisés - cardiologie	58 693	
Projet "Coup de cœur" cardiologie	10 000	
Activités - cancer du sein - CEFACS	56 932	
Projet de recherche - oncologie	90 293	
Projet de recherche - transit	10 000	
Soutien projet publication - pharmacie	4 000	
Autres	185 702	1 500 502 $
Fondation Maxime Letendre		
Activités de musicothérapie	10 001	10 001
Fondation La Belle-Aide		
Horloge	2 600	
Autres activités (zoothérapie, musique...)	5 070	7 670
Fondation CLSC Mille-Iles/CHSLD Laval		
Ordinateur	872	
Levier station debout	2 400	
Activités sociales	800	4 072
Association des bénévoles du pavillon Ste-Dorothée		
Activités de zoothérapie, activités musicales et autres	13 288	13 288
Association des bénévoles CSL		
Moniteur de chute	3 773	
Fauteuils berçants	10 826	14 599
Autres organismes		
Activités diverses	365 $	365
Total		**1 550 497 $**

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non comptabilisation, à l'état de la situation financière, des obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire	2011-2012	R	Comptabilisation rétroactive avec retraitement des données comparatives, à compter de l'exercice 2012-2013, des passifs ainsi que du financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire sont comptabilisés avec application tel que mentionné à la note complémentaire 4 de la page 270 du AS-471.	R		
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec (SIQ) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition avec la SIQ présentement traité comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «immobilisations corporelles louées» du Manuel de l'Institut canadien des Comptables Agrées			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucun commentaire						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Aucun commentaire						

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Aucun commentaire						
Rapport à la gouvernance						
Au cours de l'exercice 2010-2011, certaines constatations ont été transmises à la direction. Par souci de transparence, la direction a fait le choix de déposer une copie de la lettre de constatations soumise par les auditeurs indépendants aux membres du comité de vérification. Cependant, il est à noter que les constatations soulevées ne visaient que les technologies de l'information et le respect de la « Politique nationale sur la sécurité des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux » et que celles-ci n'étaient que de simples déficiences et non des déficiences importantes. Les améliorations visées concernent les points 2.1.1, 2.2.3, 2.3.3, 3.3, 4.2.1, 4.2.2 et 4.2.2 de la « Politique nationale sur la sécurité des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux » du Cadre global de gestion.	2010-2011	C	La direction est à mettre en œuvre un plan en vue apporter les améliorations requises.		PR	

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

EN 2012-2013, LE CSSS N'A EU AUCUN CAS OU MANQUEMENT RAPPORTÉ À TRAITER, ET PERSONNE N'A ÉTÉ RÉVOQUÉ OU SUSPENDU.

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public représente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent Code d'éthique et de déontologie les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux adhèrent conformément aux différentes lois applicables (Loi sur les services de santé et les services sociaux, Code civil du Québec), mais plus particulièrement à la Loi sur le Ministère du conseil exécutif (L.R.Q.C. M-30) et au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui en découle.

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent. L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

DÉFINITIONS

Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

- « Administrateur » désigne un membre du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Laval, qu'il soit élu ou nommé;
- « Conflit d'intérêts » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- « Entreprise » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
- « Proche » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur.

Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions :

AGIT DANS L'INTÉRÊT DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA POPULATION DESSERVIE

À cette fin, l'administrateur :

- est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- s'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
- s'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- s'assure de la participation, de la motivation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;

AGIT AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE

À cette fin, l'administrateur :

- se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration;
- s'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées;
- se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit;
- fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu;
- garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité;
- respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi;
- s'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement;
- adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions;

AGIT AVEC HONNÊTETÉ ET LOYAUTÉ

À cette fin, l'administrateur :

- agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité;
- lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population;

ÉVITE DES CONFLITS DE DEVOIRS OU D'INTÉRÊTS

L'administrateur, autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

Le directeur général ne peut, et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

- Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
- Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.
- Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.
- Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.
- Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
- Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

- Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminées par le gouvernement.
- Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.
- Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.
- S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
- S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
- S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT : AGIT AVEC PRUDENCE, DISCRÉTION, HONNÊTETÉ ET LOYAUTÉ

À cette fin, l'administrateur :

- se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur;
- évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public;
- s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement;
- ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur;
- évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

- Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du comité du conseil responsable de l'application du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

- Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.
- Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.
- Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.
- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.
- Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.
- Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

MISE EN VIGUEUR ET ENGAGEMENTS

- Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux de Laval entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.
- Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à la déclaration des intérêts (annexe I ou II) du présent Code ainsi que « l'affirmation d'office et de discrétion de l'administrateur » (annexe III).

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, « l'affirmation du responsable de l'application du code » contenue à l'annexe IV du présent Code.

ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

- Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux de Laval est accessible au public en tout temps et disponible au bureau du directeur général de l'établissement.
- Un rapport de l'application du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs est inclus au rapport annuel du Centre de santé et de services sociaux de Laval et fait état :
    - du nombre et de la nature des signalements reçus;
    - du nombre de cas traités et de leur suivi;
    - du nombre et de la nature des sanctions imposées;
    - du nom des administrateurs ayant été suspendus et déchus de charges.

LE **RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2012-2013** EST DISPONIBLE EN VERSION ÉLECTRONIQUE SUR NOTRE SITE WEB cssslaval.qc.ca SECTION DOCUMENTATION, À LA PAGE PUBLICATIONS, À L'ONGLET RAPPORT ANNUEL DE GESTION.

CE DOCUMENT PEUT ÊTRE REPRODUIT OU TÉLÉCHARGÉ POUR UNE UTILISATION PERSONNELLE OU PUBLIQUE À DES FINS NON COMMERCIALES, À LA CONDITION D'EN MENTIONNER LA SOURCE.

POUR TOUTE DEMANDE D'INFORMATION :

SERVICE DES COMMUNICATIONS
Téléphone : 450 668-1018 poste 24148
Télécopieur : 450 975-5054

© CSSS de Laval, 2013

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013
ISBN 978-2-9812791-6-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-9812791-7-0 (version PDF)
Ce rapport annuel a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance du 13 juin 2013.

SOIGNER la vie

CENTRE DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX
DE LAVAL

1515, boul. Chomedey
Laval (Québec) H7V 3Y7

cssslaval.qc.ca

JUIN 2013